

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

PREVENTION AND CONTROL OF HOSPITAL- ACQUIRED INFECTIONS

(Special Report of the Auditor General of Ontario, September 2008)

1st Session, 39th Parliament
58 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Prevention and control of hospital-acquired infections (Special report of the Auditor
General of Ontario, September 2008)

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Prévention et contrôle des infections nosocomiales (Rapport spécial du
vérificateur général de l'Ontario, septembre 2008).

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4249-9995-8

I. Nosocomial infections—Ontario—Prevention. I. Title. II. Title: Prévention et contrôle
des infections nosocomiales (Rapport spécial du vérificateur général de l'Ontario,
septembre 2008)

RA644.N66 O56 2009

614.4'4

C2009-964033-3E

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

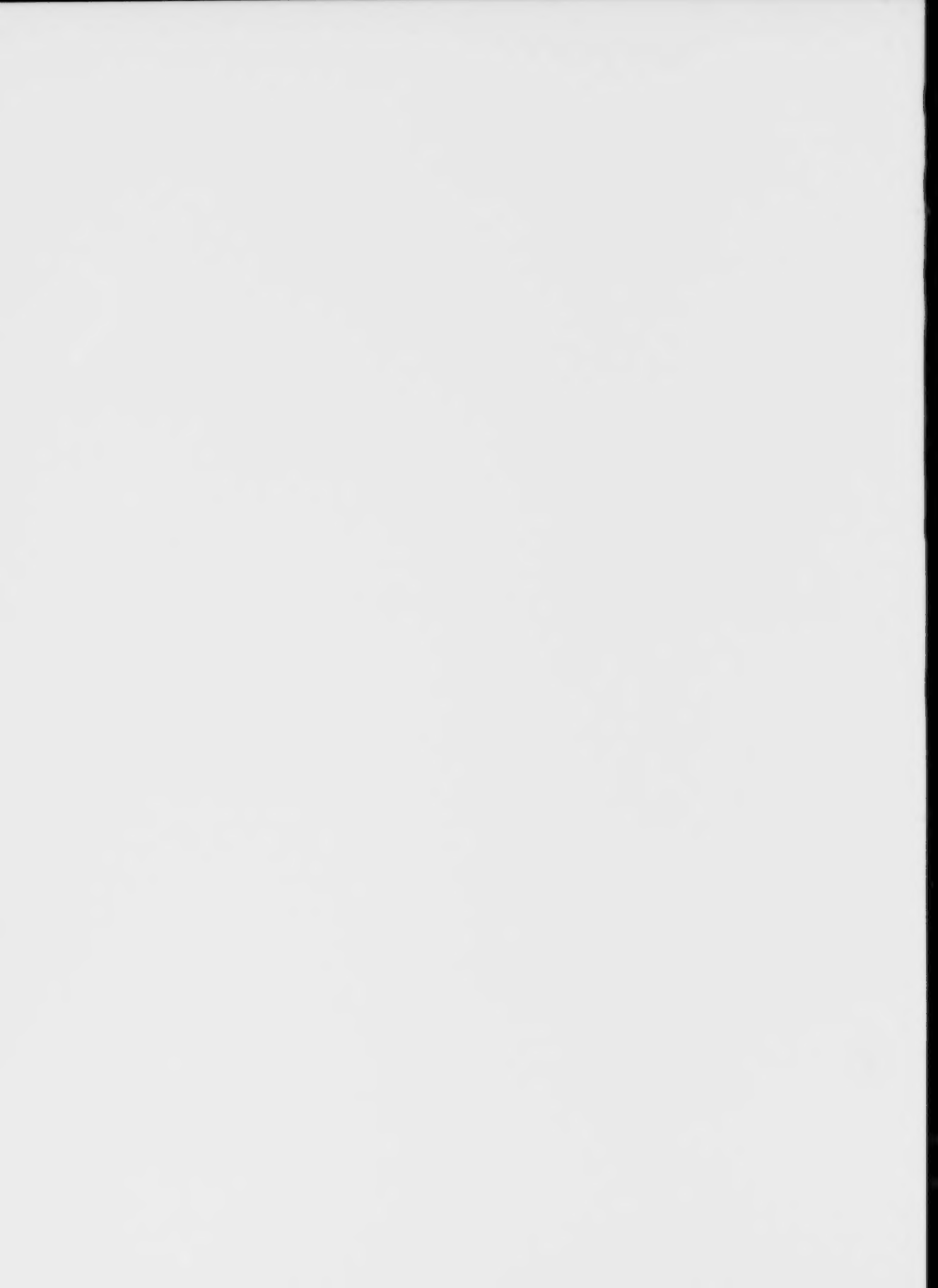
Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Mr. Sterling".

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
June 2009



STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

1st Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

JERRY J. OUELLETTE
Vice-Chair

LAURA ALBANESE

FRANCE GÉLINAS

ERNIE HARDEMAN

PHIL MCNEELY

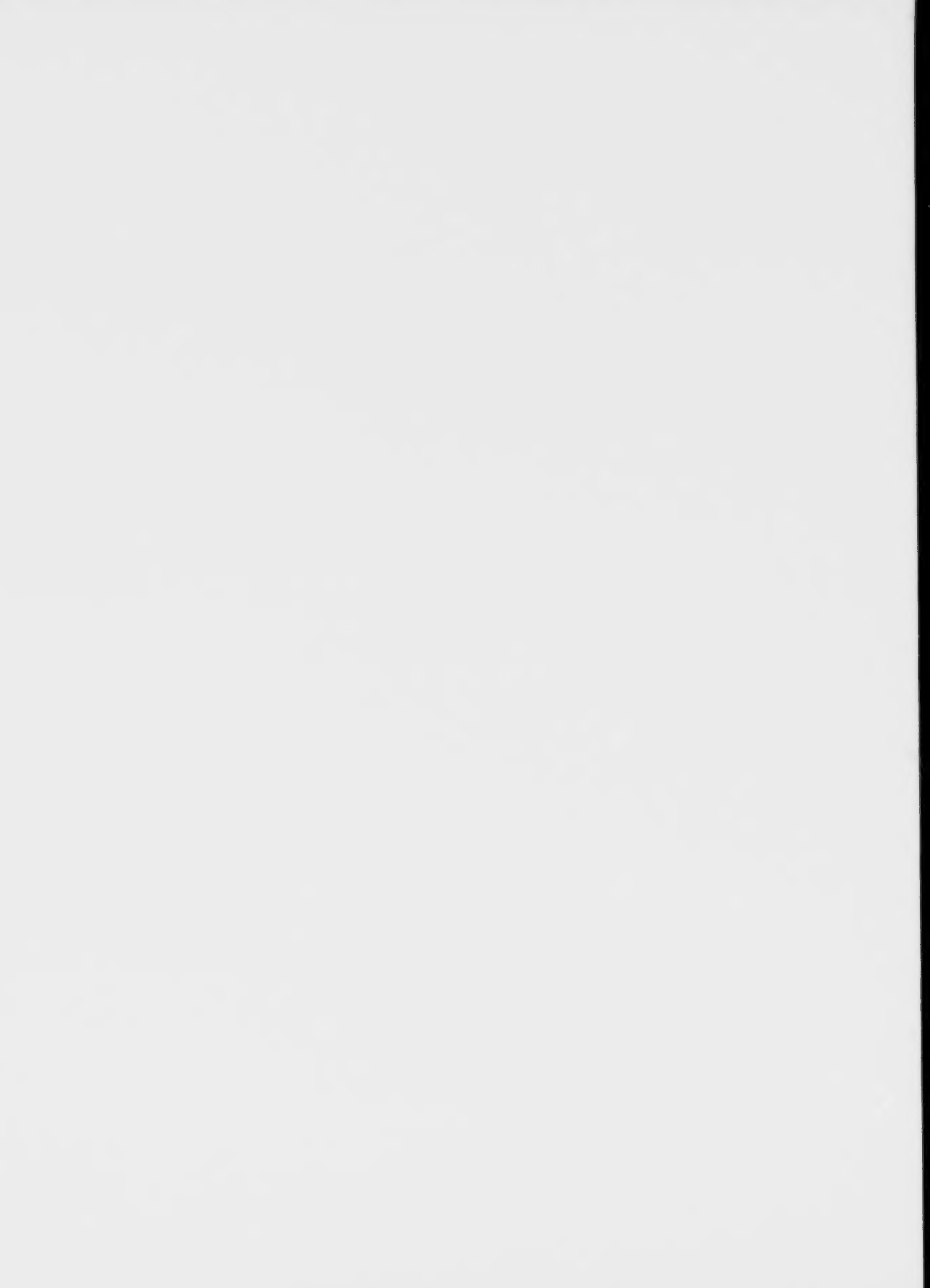
LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Clerk of the Committee

Elaine Campbell
Research Officer



CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS	ii
PREAMBLE	1
Acknowledgements	1
1. OVERVIEW	2
2. AUDIT OBJECTIVE AND MAIN FINDINGS	3
3. COMMITTEE REQUEST FOR MINISTRY RESPONSE	5
3.1 Committee Recommendations	5
4. AUDIT OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS	7
4.1 Accountability for Patient Care	7
4.2 Initiatives	8
4.3 Screening	10
MRSA and VRE	11
4.4 Routine Patient Practices and Infection-Specific Precautions	13
Hand Hygiene	13
Use of Private Rooms	14
Cleaning of Patient Rooms	14
4.5 Antibiotic Use	18
Promoting Judicious Antibiotic Use	19
Reviewing Actual Use of Antibiotics	19
4.6 Surveillance	21
Reporting Results	21
NOTES	25
APPENDIX A – List of Witnesses	
APPENDIX B – Characteristics of Four Hospital-Acquired Infections	
APPENDIX C – PIDAC Best-Practice Documents; PIDAC and Ministry Core Competencies Projects	

LIST OF ABBREVIATIONS

AR _O	Antibiotic-resistant (micro)organism
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>
CDAD	<i>C. difficile</i> -associated disease
CNIS _P	Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program
CSA	Canadian Standards Association
FR _I	Febrile Respiratory Illness
HA _I	Hospital-acquired infection
IC _P	Infection-prevention-and-control practitioner
ISMPC	Institute for Safe Medication Practices Canada
LHIN	Local Health Integration Network
MRSA	Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i>
OA _{HPP}	Ontario Agency for Health Protection and Promotion
PHAC	Public Health Agency of Canada
PIDAC	Provincial Infectious Diseases Advisory Committee
RICN	Regional Infection Control Network
SAP _{RM} D	Scientific Advisory Panel on Reprocessing of Medical Devices
SARS	Severe acute respiratory syndrome
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SHN	Safer Healthcare Now!
VRE	Vancomycin-resistant enterococci

PREAMBLE

On June 11, 2008, the Standing Committee on Public Accounts passed the following motion:

That, following the Auditor General's completion of his value-for-money audit of the prevention and control of hospital-acquired infections, including *C. difficile* in the selected hospitals, if, in the Auditor General's opinion, his recommendations could have a significant and timely impact on public health, the Standing Committee on Public Accounts of the Legislative Assembly of Ontario calls on the Auditor General to consider using the discretion outlined in section 12(1) of the *Auditor General Act* to release that chapter of his Annual Report in a special report to the Speaker; and that, prior to the tabling of this report with the Committee, the Auditor General may inform the Deputy Minister of Health of his opinions, observations, or recommendations.

The Auditor General released his *Special Report: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections* on September 29, 2008 primarily because of the above motion.¹ The Committee held hearings on the report on October 29, 2008. It has endorsed the Auditor's findings and recommendations.

This report constitutes the Committee's findings and recommendations as they relate to those areas of concern to Committee members. Background information on sections of the original audit report is followed by an overview of the hearings' main findings and new recommendations. *Hansard*, the verbatim record of the hearings, should be consulted for the complete proceedings.

Acknowledgements

The Committee extends its appreciation to officials from the Ministry of Health and Long-Term Care, the Ontario Hospital Association, the North York General Hospital, The Ottawa Hospital, the Windsor Regional Hospital, and the Erie St. Clair and Central Local Health Integration Networks (LHINs) for their attendance at the hearings. (Representatives of the Champlain LHIN were unable to attend. See Appendix A for a complete list of witnesses.) The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings and report writing deliberations by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff of the Legislative Library's Research and Information Services.

1. OVERVIEW

Hospital-acquired infections (HAIs) are acquired by a patient being treated for some other condition while in a hospital. Their impact on patients ranges from longer hospital stays to conditions that may require surgery or result in negative long-term effects. In severe cases, they can cause death. HAIs increase treatment costs and result in longer wait times for a hospital bed for other patients.

Information on the total number of HAIs in Ontario each year is not available, but a 2003 Canadian study estimated that there are 220,000 cases in hospitals each year that result in at least 8,000 deaths annually. More recently, the Canadian Institute for Health Information has noted that one in 10 adults and one in 12 children will contract an HAI. The Centers for Disease Control and Prevention estimate that there are 1.7 million HAIs in American hospitals each year and 99,000 related deaths.

Some HAIs are infectious diseases. Four serious HAIs are *Clostridium difficile* (*C. difficile*), Febrile Respiratory Illness (FRI), methicillin-resistant *staphylococcus aureus* (MRSA), and vancomycin-resistant enterococci (VRE). Each is described below. Further details can be found in Appendix B.

<i>C. difficile</i>	A patient takes antibiotics that reduce the normal levels of good bacteria in the intestines and colon. This allows <i>C. difficile</i> bacteria to grow and produce toxins. Possible effects include diarrhea and more serious intestinal conditions (e.g., colitis) that may require surgery. Death can occur in extreme cases. ²
FRI	"FRI is a term used to describe a wide range of droplet-spread respiratory infections, such as colds, influenza, influenza-like illness (ILI) and pneumonia. . . . ³ "Droplet' transmission involves the infected person coughing or sneezing and causing droplets to come into direct contact with another person." ⁴
MRSA	"Staphylococcus aureus is a germ that lives on the skin and mucous membranes of healthy people. Occasionally <i>S. aureus</i> can cause an infection. When <i>S. aureus</i> develops resistance to certain antibiotics, it is called methicillin-resistant Staphylococcus aureus, or MRSA." ⁵
VRE	"Enterococci are a type of bacteria normally present in the human intestines and in the environment. These bacteria can sometimes cause infections. Vancomycin is an antibiotic that is often used to treat infections caused by enterococci. In some instances, enterococci have become resistant to this drug and thus are called vancomycin-resistant enterococci (VRE)." ⁶

All four HAIs can be transmitted through contact; therefore, handwashing, and cleaning and disinfecting surfaces that patients and staff come into contact with are critical in preventing their spread. (FRI can also be transmitted by droplets coming into direct contact with another person (e.g., through inhaling).

As indicated above, HAIs such as MRSA and VRE are resistant to most antibiotics. The incidence of MRSA approximately doubled, while that of VRE

more than tripled, between 1999 and 2006, according to data reported by the Canadian Nosocomial Infection Surveillance Program (CNISP). Increases in antibiotic-resistant organisms suggest that antibiotics are becoming increasingly ineffective against certain diseases.

CNISP information from 2005 to 2007 indicates that certain of the HAIs referred to above may be somewhat more prevalent in Ontario. The incidence of *C. difficile* may be slightly higher in Ontario than in Canada as a whole. The incidence of MRSA and VRE may be slightly higher in Ontario and Quebec combined than in the country as a whole.⁵

The risk of outbreaks is a concern with *C. difficile* as many people in hospitals take antibiotics. Because hospitals were not required to report *C. difficile* cases or the related patient outcome at the time of the audit, there was no province-wide information on the prevalence of outbreaks. In the last few years, though, several hospitals have reported significant outbreaks. Examples include the Sault Area Hospital, the Trillium Health Centre in Mississauga and Joseph Brant Memorial Hospital in Burlington.

HAIs other than those referred to above often involve individual patients undergoing particular medical procedures (e.g., central-line infections, surgical-site infections and ventilator-associated pneumonia).⁸

2. AUDIT OBJECTIVE AND MAIN FINDINGS

The audit's objective was to assess whether selected hospitals followed effective policies and procedures for the prevention and control of HAIs. A preliminary visit to a hospital allowed audit staff to become familiar with infection-prevention-and-control activities. Audit work was then undertaken at three other hospitals which varied in size and communities served: North York General Hospital (two sites), The Ottawa Hospital (three sites) and Windsor Regional Hospital (two sites).

The prevention and control of HAIs was discussed with the regional infection control networks (RICNs) and the Local Health Integration Networks (LHINs) associated with each hospital. Independent medical consultants also assisted in the audit. Audit work was largely based on best practices developed by the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC). The management of infection-prevention-and-control services was discussed with members of PIDAC.

The audit focused on *C. difficile*, FRI, MRSA, and VRE, central-line infections, surgical-site infections, and ventilator-associated pneumonia. MRSA and VRE have developed rapidly over the last few decades. The other HAIs were selected primarily because of their prevalence in hospitals.⁹

The Auditor found that some of the formal processes to prevent and control HAIs in place at the hospitals visited were working well. At the same time, there was room for improvement in a number of areas. Observations included the following:

- **Availability and Comparability of Data on HAIs:** Ministry information on the number of cases of most HAIs or resulting patient outcomes will not be available until the fall of 2008 at the earliest. HAI information from the hospitals visited could not be compared because definitions and counting methodologies differed.
- **Procedures for Screening for FRIs:** The three hospitals had different procedures to ensure that patients were screened for FRIs such as influenza.
- **MRSA and VRE:** Each hospital had different processes to review whether it had identified patients with a high risk of having MRSA and VRE, and had taken a sample to obtain laboratory confirmation of infection. Review results indicated that hospital policies were not always followed.
- **Handwashing Compliance:** MRSA, VRE and *C. difficile* are most commonly spread via the hands of health-care workers. By the end of the Ministry's hand hygiene pilot program, compliance ranged from only 40% to 75% at the 10 participating hospitals, one of which was visited for the purposes of the audit. Physician compliance increased from 18% to 28%. Nurse compliance rose from 44% to 60%.
- **Monitoring Use of Personal Protective Equipment:** None of the hospitals had systems to periodically monitor staff use of personal protective equipment. One did conduct periodic reviews from October 2006 to April 2007 and noted that staff in a relatively high-risk unit did not always use, or used incorrectly, personal protective equipment. The other two hospitals only reviewed glove use.
- **Isolating Patients with Infectious Diseases:** Hospitals had different policies on when to isolate patients with infectious diseases in private rooms. Two immediately isolated all patients transferred directly from institutions outside of Canada because MRSA and VRE rates are generally higher outside of Canada. The third waited for confirmation but acknowledged that it could take up to four days after the laboratory received the sample to get confirmation.
- **Cleaning of Rooms Occupied by *C. difficile* patients:** Two hospitals cleaned rooms occupied by *C. difficile* patients twice a day, in accordance with PIDAC recommendations. However, they could not determine if the cleaning occurred because neither tracked when the rooms were cleaned. The third cleaned rooms occupied by *C. difficile* patients once a day.
- **Use of Antibiotics:** The judicious use of antibiotics, promoted by all three hospitals, reduces the incidence of *C. difficile* and MRSA. Monitoring effectiveness involved a labour-intensive manual inspection of patient charts because none of the hospitals had an information system that would enable an analysis of drug utilization patterns by physician or the reasons underlying specific drug use.
- **Definition and Surveillance of HAIs:** Each hospital defined HAIs and performed surveillance activities differently. This can cause large variations in reported infection rates.

- **Provision of Surgical-Site Infection Rates:** A best practice followed by one hospital was to track surgical-site infection rates by each surgeon and provide them with the information. Neither of the other two hospitals provided all surgeons with their surgical-site infection rates.
- **Disinfecting or Sterilizing Medical Equipment:** None of the hospitals had processes to audit whether staff disinfected or sterilized medical equipment in accordance with manufacturers' instructions or hospital policy.¹⁰

3. COMMITTEE REQUEST FOR MINISTRY RESPONSE

The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with a written response within 120 calendar days of the tabling of this report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

3.1 Committee Recommendations

1. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall provide the Committee with a status report on how Local Health Integration Networks have ensured that hospital boards have addressed the Auditor General's recommendations concerning hospital-acquired infections.**
2. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Committee on the results of its consultations regarding the use and cost of universal screening of MRSA, VRE and FRI, and whether specific screening practices should be recommended.**
3. **The Ottawa Hospital provide the Committee with a written overview of the results of its universal screening trial for MRSA within 60 days of the completion of its evaluation, including the impact on hospital-acquired infection rates and cost-effectiveness.**
4. **The Ministry of Health and Long-Term Care:**
 - a) **should ensure that all hospitals regularly perform hand hygiene audits employing consistent processes and definitions that include whether hands are washed at the appropriate times (e.g., before and after patient contact), as well as whether hands are appropriately cleaned; and**
 - b) **as part of the public reporting on patient safety indicators, and in conjunction with Local Health Integration Networks and hospitals, shall develop a process to ensure hand-hygiene compliance rates reported by hospitals are reliable and comparable, and reported by health care occupational group (e.g., nurses and physicians).**

5. The Ministry of Health and Long-Term Care, in co-operation with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, shall develop specific best-practice guidelines with respect to infectious diseases isolation policies for high-risk patients.
6. The Ministry of Health and Long-Term Care undertake a cost-benefit analysis of the capital cost of making all new hospital rooms private, with their own washroom, versus the long-term costs related to hospital-acquired infections.
7. The Ministry of Health and Long-Term Care shall advise the Committee when in 2009 it is expected that the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee's best practice document for environmental cleaning will be made available to hospitals. It is the Committee's expectation that this document will include best practices for both the prevention and the control of hospital-acquired infections.
8. The Ministry of Health and Long-Term Care, in conjunction with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, should investigate new technologies for monitoring cleanliness, especially since a visual inspection of cleanliness will not detect most infectious organisms.
9. The Ontario Agency for Health Protection and Promotion, through the Ministry of Health and Long-Term Care, after its receipt and evaluation of the findings of the Institute for Safe Medication Practices Canada's study of hospital antibiotic use, shall report to the Committee within 60 days on plans to promote optimal antibiotic use.
10. The Windsor Regional Hospital report to the Committee on the impact of its new electronic drug dispensing system in facilitating the monitoring of antibiotic use during its first 12 months of operation, within 90 days of the system's one year anniversary.
11. The Ministry of Health and Long-Term Care, in conjunction with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, shall report to the Committee on the establishment of target rates for hospital-acquired infections that would serve as benchmarks for all hospitals.
12. The Ministry of Health and Long-Term Care shall work with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on the development of best practices with respect to the reporting of outbreaks of hospital-acquired infections to the public (e.g., the timing of announcements, and the use of websites, telephone messages, and signage) to ensure standardization across the province.

4. AUDIT OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS

4.1 Accountability for Patient Care

Responsibility for the patient-care issues posed by HAIs is shared and falls under several pieces of legislation. The Auditor's report and the presentation made by Ministry staff during the hearings focussed on five statutes.

- **Public Hospitals Act:** The Act and its regulations provide the framework within which hospitals operate and set out the responsibilities of boards and medical committees with respect to patient care.
- **Ministry of Health and Long-Term Care Act:** Under this legislation, the Minister's duties and functions include governing the care, treatment, services, and facilities provided by hospitals.
- **Local Health System Integration Act, 2006:** Fourteen LHINs are responsible for prioritizing and planning health services and funding hospitals. They are accountable to the Ministry. As of April 1, 2007, hospitals are directly accountable to their respective LHINs for most matters.¹¹
- **Regulated Health Professions Act, 1991:** Each regulated health profession is governed by this legislation and a specific profession act, under which a college operates as the self-regulating body for its members.
- **Health Protection and Promotion Act:** The Act contains the mandate for boards of health and local medical officers of health. Its purpose is the organization and delivery of public health programs and services, the prevention of the spread of disease, and health promotion and protection. Medical officers of health are responsible for ensuring local services and compliance with mandatory public health programs.¹²

The Ministry provides hospitals with approximately 85% of their funding. Other funding sources may include accommodation charges and donations. The total operating cost of the over 150 hospital corporations was approximately \$20 billion in 2007/08. Infection-prevention-and-control activities should be integrated throughout hospital operations, making it difficult to isolate costs attributable to these activities. None of the hospitals visited tracked the total cost of preventing and controlling HAIs.¹³

Committee Hearings

Hospitals and their staff are key to the prevention, management and control of HAIs, but the success of infection control was said to be dependent on everyone within the hospital and health care system, as well as the broader community.¹⁴

LHINs support hospitals and coordinate the sharing and implementation of best practices across their respective systems, including CCACs, long-term care homes and community service agencies. These functions, as they relate to infection prevention and control, are supported by RICNs. The Committee was advised that patients, as well as best practices, can be shared within and between systems.¹⁵

Hospitals are required to report *C. difficile*-associated disease (CDAD) outbreaks immediately to their local public health units to give medical officers of health the information they need to monitor and respond to emergent outbreaks. In turn, medical officers of health inform the Ministry of outbreaks.¹⁶

The audited hospitals spoke of their accountability as agencies to provide leadership and to work with all partners within their individual organizations. It is their responsibility to do the best they can with what they are given (e.g., expert resources) in order to ensure best practices are followed.¹⁷ One of the LHINs reported that it would be discussing the Auditor's recommendations with its hospitals and how they would work together as a network in response.¹⁸

Cost of Preventing and Controlling HAIs

Reference was made to figures cited in PIDAC's *Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario*. That document reports that antibiotic resistant microorganisms (AROs) have been estimated to increase the

annual direct and indirect costs to patients by an additional \$40 [million] to \$52 million in Canada.¹⁹

The Committee also heard that over the past two years, organizations that have dealt with CDAD outbreaks have incurred additional costs that ranged from \$750,000 to \$3 million or \$4 million. One witness cautioned that calculating the cost of an HAI outbreak was extremely complex and probably could not be accurately measured.²⁰

Committee Recommendation

The Committee supports the LHIN that stated it will review the Auditor's report with all of the hospitals within its jurisdiction.

The Standing Committee on Public Accounts therefore recommends that:

- 1. The Ministry of Health and Long-Term Care shall provide the Committee with a status report on how Local Health Integration Networks have ensured that hospital boards have addressed the Auditor General's recommendations concerning hospital-acquired infections.**

4.2 Initiatives

A number of Ministry initiatives for preventing and controlling infections arose from the outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in 2003. Details on key initiatives were provided in the Auditor's report and by Ministry staff during the Committee's hearings.

- **Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC):** PIDAC has advised the Chief Medical Officer of Health since its creation in 2004. It has issued best-practice documents that incorporate applicable standards from bodies such as the Canadian Standards Association (CSA) and the Public Health Agency of Canada (PHAC), as well as recommendations from medical literature. In conjunction with the Ministry, PIDAC has developed educational materials to enhance infection-control training for front-line staff. (See Appendix C for a list of PIDAC best-practice documents and PIDAC/Ministry core competency materials.)²¹
- **Hand Hygiene Improvement Program:** In March 2006, the Ministry and the PHAC held a workshop to learn about programs that resulted in sustainable change in hand hygiene practices. The Ministry developed the Hand Hygiene Improvement Program on the basis of this workshop. The Program was piloted in selected units at 10 hospitals from December 2006 to August 2007.²²
- **Ontario Agency for Health Protection and Promotion (OAHPP):** The OAHPP was established in 2007 as a centre for research, infectious disease control and prevention, health promotion, chronic disease and injury prevention, as well as environmental health. It will provide knowledge and technical support to public health units, health care providers and Ministry partners.²³
- **Just Clean Your Hands Program:** The Program was launched in March 2008. Hospitals were provided with train-the-trainer sessions, tools and related materials. The Program includes an audit tool to evaluate its impact and a dedicated website.²⁴
- **Infection-Prevention-and-Control Practitioners (ICPs):** ICPs are responsible for a hospital's infection-prevention-and-control activities. The Ministry has funded 166 ICPs since 2004, one for every 100 hospital beds, said to be the best ratio of ICPs to beds in North America.²⁵
- **Regional Infection Control Networks (RICNs):** At the time of the audit, 14 RICNs were being established, one in each LHIN. RICNs assist with coordinating infection prevention and control activities, and promote standardization in health facilities. They work with ICPs from across the health care sector.²⁶
- **Infection Control Resource Teams:** Teams are being created to provide rapid on-site assistance with outbreak investigation and management in hospitals. Established through the OAHPP, they will be assembled and deployed to support facilities and public health units when the Chief Medical Officer of Health determines a need exists.²⁷
- **Public Reporting on Patient Safety Indicators:** The Ministry announced plans on May 28, 2008 for all hospitals to introduce public reporting on eight patient safety indicators. Dr. Michael Baker of the University Health Network has been appointed to oversee the patient safety agenda. Reporting on each of the indicators began by the following dates:
 - *C. difficile* - September 30, 2008;

- MRSA, VRE and hospital standardized mortality ratio - December 31, 2008; and
- ventilator-associated pneumonia, central-line infections, surgical-site infections, and hand hygiene compliance among health-care workers - April 30, 2009.²⁸

Committee Hearings

Ministry staff outlined a three-pronged approach to combating infections in hospitals: turning expert advice into action; supporting front-line health care workers; and establishing strong leadership and clear lines of accountability.

The Committee was told the Ministry has made progress and continues to work on addressing the challenges in controlling infectious diseases in health care settings. The focus of its work to date has been on building capacity, increasing resources, and now on provincial reporting and intervention as needed.²⁹

The Ontario Hospital Association (OHA) has delivered a variety of video conferences, webcasts and education conferences related to patient safety and infection prevention and control, PIDAC's best practices documents and public reporting of patient safety indicators.

Members heard that hospitals have sound infection control models and are committed to using standardized patient safety data and public reporting to drive improvements. They also incorporate the recommendations of third parties, like the Auditor, into their continuous quality improvement programs. They partner with PIDAC, the Ministry and each other to share best practices.³⁰

The three audited hospitals expressed their support for the Auditor's report and his recommendations. The government was thanked for its investments in expert reports, structures and evidence-based processes. Reference was made to SARS and how it launched the health care system on a quest to learn more about infection prevention and control. Work remains to be done to ensure front-line staffs have the requisite resources, education and support in order to provide the best and safest care for patients.³¹

Infectious diseases were said to be a reality in hospitals around the world. A system without infectious outbreaks was not something to which anyone could commit. A more realistic goal would be making hospitals as safe as possible and assuring the public that health care providers are doing the best they can in the circumstances.³²

4.3 Screening

Screening often enables the identification of patients who have an infectious organism or disease. Effective screening can also save hospitals from incurring additional costs. The screening process generally involves consideration of various factors to determine which patients have a higher risk of having certain

organisms or diseases, then taking a sample from them and forwarding it to the laboratory. Screening is sometimes extended to either every patient admitted or all patients meeting certain criteria in a process called "universal screening."

PIDAC has made recommendations with respect to screening:

- assess all patients for symptoms of FRI;
- actively screen all patients admitted for their risk of having MRSA or VRE through a series of specific questions; and
- regularly conduct audits to evaluate patient-screening practices as part of a continuous program for managing and improving quality.³³

MRSA and VRE

All three hospitals identified patients with a high risk for MRSA and VRE in accordance with PIDAC criteria. Each screened patients in the emergency room, the admitting unit or both. Samples were expected to be taken within 24 hours of identifying a patient as high risk.

There is little authoritative guidance on when universal screening is appropriate. However, one hospital's policy was to perform universal sample-testing in some units. The hospital indicated that a low number of patients with MRSA or VRE were in the units where it did not perform universal sample-testing. This indicated to the hospital that universal screening was not cost-effective. Another had considered, but had not implemented, universal sample-testing. Its reasons were cost, the lack of a specific PIDAC recommendation, and a lack of private rooms for isolating potentially high-risk patients.

At the third hospital, screening only high-risk patients failed to identify those who had acquired MRSA or VRE outside of a health-care setting. This hospital thought that not screening every patient may have played a significant role in the transmission of MRSA and VRE. The hospital had about 18 to 20 outbreaks every year. From April to August 2007, it implemented a policy of taking samples from all patients in four units.

In January 2008, one hospital began a one-year trial of universally screening all patients admitted. All three hospitals performed periodic audits of MRSA and VRE screening; they found various degrees of compliance.³⁴

The Auditor recommended that hospitals routinely monitor whether their screening processes are in accordance with PIDAC recommendations. The Ministry, in conjunction with PIDAC, should assess the results of current universal-screening projects and recommend practices based on their results.³⁵

Responses to Auditor's Report and Ministry Update

The hospitals generally agreed with the recommendation. One was following it already. Another was addressing it. The third was providing weekly unit-specific data to all units on their compliance with MRSA and VRE admission screening.

This hospital also highlighted the need for electronic systems to accurately monitor whether patients with FRI, MRSA and VRE are being screened in a timely fashion.

The Ministry and PIDAC supported routine monitoring of screening processes. A screening program identifying patients with risk factors for AROs had been shown to reduce the number of AROs in hospitals and was recommended by PIDAC's best-practice guidelines. PIDAC had indicated that there was limited evidence to support universal screening for AROs, and did not include this in its best-practice document.³⁶

Consultations regarding the use of universal screening of MRSA, VRE and FRI were ongoing, and will take into account scientific evidence, as well as lessons learned from other government initiatives.³⁷

Committee Hearings

Universal Screening

The Auditor mentioned that one of the audited hospitals had started a universal screening trial of all admitted patients for MRSA in January 2008. The Committee learned that the facility involved was the Ottawa Hospital.

In 2001/02, the Hospital's infection control team was fairly confident that patients coming from at-risk environments could be identified. Over the next few years, there were breaches in identifying at-risk patients and breakdowns in screening. Senior management decided to make an investment of over \$1 million in universal screening for MRSA but agreed that an investment of that size warranted an evaluation of universal versus specific screening. A framework for monitoring the evaluation has been developed and will be discussed in January 2009.³⁸

Discharge Screening

When asked about the use of discharge screening, witnesses acknowledged it was an option, but one that was used less often than admission screening. Discharge screening was referred to as an added cost and a workload issue; however, it has been used in units with problems with nosocomial transmission and outbreaks.³⁹

The majority of patients who acquire MRSA and VRE do not exhibit symptoms upon discharge. One hospital reported that all discharged patients who have received antibiotics are provided with an information sheet on *C. difficile* which outlines the symptoms that should be reported to their physician.⁴⁰

Committee Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Committee on the results of its consultations regarding the use and cost of universal screening of MRSA, VRE and FRI, and whether specific screening practices should be recommended.**

Since its hearings, the Committee has learned of The Ottawa Hospital's intent to share the results of its universal screening trial for MRSA with the province's other hospitals. The Standing Committee on Public Accounts commends this plan and recommends that:

3. **The Ottawa Hospital provide the Committee with a written overview of the results of its universal screening trial for MRSA within 60 days of the completion of its evaluation, including the impact on hospital-acquired infection rates and cost-effectiveness.**

4.4 Routine Patient Practices and Infection-Specific Precautions

A number of "routine practices" can help prevent and control the transmission of micro-organisms that cause infectious diseases. According to PIDAC, only their consistent use will prevent the spread of infectious diseases. Additional precautions are also necessary to prevent and control certain infectious diseases, such as MRSA, VRE and *C. difficile*. Health Canada says additional precautions should be implemented immediately when a patient has or is suspected of having an infectious disease.

PIDAC has made recommendations with respect to practices and precautions in various areas, including hand hygiene, the use of private rooms and the cleaning of patient rooms.⁴¹

Hand Hygiene

Hand hygiene is considered the most important activity for controlling the spread of infectious diseases. PIDAC says all hospital staff must wash their hands with an alcohol-based rub or soap and water before and after contact with a patient. It also directs that all health-care settings must develop and implement a hand hygiene program that includes ongoing monitoring and observation. Hands must be cleaned even if staffs wear gloves because leaks in the gloves or improper removal can cause their hands to become contaminated.

Studies have reported poor hand hygiene compliance by health care workers. For example, a March 2006 Ontario study examined compliance at seven hospitals and reported 32% adherence to good practices. Adherence was higher when staff used infection-specific precautions or performed activities requiring gloves and gowns. Compliance at the beginning of the Hand Hygiene Improvement Program pilot ranged from 24% to 62%. By the end, it ranged from 40% to 75%.

Compliance also varied by type of worker. Physician compliance started at 18% and increased to 28%. Rates for nurses started at 44% and rose to 60%. The three hospitals visited all performed some hand hygiene audits; one participated as a pilot site in the Hand Hygiene Improvement Program. Compliance rates were not comparable because different processes were used to measure compliance.⁴²

Use of Private Rooms

One of PIDAC's infection-specific precautions is isolating infectious patients in private rooms. The American Institute of Architects' 2006 *Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities* recommend that 100% of the rooms in surgical, medical and postpartum nursing units be private. At the hospitals visited, 25% to 36% of beds were in private rooms. One hospital said a lack of private rooms and high occupancy rates restrict their ability to control the spread of infectious organisms. They can also affect the emergency department where infectious patients often wait for a private bed.

PIDAC recommends cohorting patients with similar infectious diseases if private rooms are not available. Two of the hospitals did this, but neither monitored its frequency. None of the three tracked the number of times that infectious patients had to share a room with patients who did not have a similar disease. One isolated infectious patients in semi-private rooms by closing the second bed.

PIDAC does not provide direction on when to place a patient with an infectious disease in a private room. Health Canada's direction also leaves implementation details up to hospital policies. The three hospitals had policies to isolate *C. difficile* patients as soon as they had symptoms. Isolation policies for other infectious diseases varied.⁴³

Cleaning of Patient Rooms

PIDAC identifies special requirements for cleaning the rooms of VRE and *C. difficile* patients. Routine cleaning and disinfection methods that are adequate for dealing with MRSA may not be adequate to remove VRE or *C. difficile*. Health Canada recommends cleaning rooms according to a predetermined schedule that assigns staff to specific tasks. Hospitals are also advised to conduct periodic audits of environmental-cleaning protocols.

All three hospitals maintained a schedule of cleaning duties assigned to specific staff. Door signage indicated that additional precautions must be taken upon entering the rooms of patients with infectious diseases. In a shared room, the sign was placed on the curtain around the patient's bed.

Two hospitals provided guidance in their policies on how to clean rooms where precautions had to be taken before entering. The third used checklists for cleaning these rooms. Audit staff reviewed a sample of checklists to determine if staff completed procedures. One hospital site did not keep the checklists; the other could locate only four, one of which was blank.

Two hospitals cleaned rooms with *C. difficile* patients twice a day. However, it was not possible to determine if the cleaning had actually occurred since neither documented when the rooms were cleaned. The third said that rooms with *C. difficile* patients were cleaned once a day because it had chosen to concentrate its cleaning on multiple-bed rooms.

All three hospitals had a process for visually inspecting patient rooms and other areas. One visually inspected selected patient rooms after discharge. However, it could not locate the results of its 2007 review. The other two did periodic visual inspections and found that they were appropriately cleaned.

Audit staff noted that some other jurisdictions use independent assessors to judge the visual cleanliness of hospital rooms.⁴⁴

The Auditor recommended that hospitals monitor whether prevention best practices and infection-specific precautions are conducted in accordance with PIDAC recommendations. The Ministry, along with hospitals and LHINs, should consider including hand hygiene compliance rates by type of health-care staff as part of its public-reporting requirements. Because many hospitals have a shortage of single-bed rooms, the Ministry should also develop and implement, in conjunction with hospitals, guidance for consistently isolating patients who have, or are at high risk of having, infectious diseases.⁴⁵

Responses to Auditor's Report and Ministry Update

The hospitals generally agreed with the recommendation. One had taken action to address it. Another noted that additional resources were needed to implement PIDAC's best practices. The third felt there was a need for provincial standards for housekeeping resources. The Ministry's development and approval of PIDAC's environmental standards best-practices guideline should be a priority. New technologies for monitoring cleanliness should be evaluated as a visual inspection of a patient's environment will not detect microbial contamination. Basic educational materials should be expanded to cover support staff and physicians.

One hospital thought hand hygiene compliance rates should specify the type of worker and the circumstances of compliance. LHINs supported monitoring performance measures for compliance by type of staff. They agreed that isolation guidelines were necessary and suggested including long-term care homes.

The Ministry had invested in relevant programs. Auditing checklists were available in several PIDAC documents. The Ministry would investigate reporting compliance rates by type of health care staff.

PIDAC guidelines relating to the use of single rooms take into account patient needs and existing resources. Hospital staff should, working with their ICP, use clinical judgement in making these decisions. The Ministry supported hospitals' use of current PIDAC guidelines.⁴⁶

PIDAC was working on a best-practice document for environmental cleaning that was expected to be available in 2009. Current PIDAC documents refer to best practices for environmental cleaning.⁴⁷

Committee Hearings

Hand Hygiene

The Just Clean Your Hands Program will take 13 months to implement and should be fully in place by April 2009. (April 30, 2009 is the date on which hospitals must begin to report hand hygiene compliance among health care workers as part of public reporting on patient safety indicators.) Regional training sessions delivered by the OHA and the Ministry have been attended by every hospital. The week before the hearings, the OHA and the Ministry launched Clean Hands Protect Lives, a campaign designed to educate patients about the importance of effective hand hygiene.⁴⁸

Committee members were assured that health care providers do wash their hands. The challenge for administrators was ensuring that they washed them at the appropriate times (e.g., before contact with a patient, after contact and before an aseptic procedure), in the appropriate way and for the appropriate length of time (i.e., at least 15 seconds).

Consistent audits and definitions, along with the right information and the expectation of accountability, will help to change the attitudes and behaviours of health care professionals. Witnesses referred to the need for a cultural change among health-care workers and hoped that public views might be positively affected as well.⁴⁹

Use of Private Rooms

Guidelines for the planning, design and construction of new hospitals have been developed to improve their ability to prevent the spread of infectious diseases and are included in the recently approved Generic Output Specifications.⁵⁰

The Ministry considers the proposed number of single in-patient medical and surgical rooms on a project-by-project basis. It has noted a general increase in the proposed percentage of single medical, surgical and oncology rooms. Projects like the Sault Area Hospital, Niagara Health System's new hospital in St. Catharines and the Trillium Health Centre included increases in the percentage of single medical-surgical rooms as a result of discussions with the hospitals.⁵¹

Committee members were told that the average hospital building is 46 years old. About \$8 billion in capital construction is needed to bring hospitals up to more modern design standards; that was before there was a sense of the need for more single rooms. There were \$5 billion worth of capital projects ongoing at the time of the hearings.

Hospitals without a capital program are considering operational responses such as cohorting and the use of semi-private rooms for one patient. The latter causes pressure in terms of the number of patients a hospital can deal with at any one time. Because there is little more that can be done in the midst of an outbreak,

identification, isolation and control are the most expedient responses for these facilities.

While witnesses recognized that single-patient rooms was the ideal, they believed that significant capacity could be freed up if Alternate Level of Care (ALC) patients could be moved to a more appropriate level of care. According to the OHA, the most difficult challenge the hospital sector is facing at the moment is the ALC issue. It represents 20% of overall beds. Approximately 37% of medical beds are occupied by people who would be better cared for in the community. In the case of one of the audited hospitals, half of its medical beds are occupied by ALC patients.⁵²

The matter of ALC patients and their effect on the availability of hospital beds was discussed in the Committee's report *Hospitals – Management and Use of Surgical Facilities*, tabled in September 2008. While the issue was presented in a different context at that time, the concerns raised were very similar.

Cleaning of Patient Rooms

The housekeeping staff at Windsor Regional Hospital and North York General Hospital are hospital employees. Housekeeping staff at one of the Ottawa Hospital's three sites are hospital employees. Those at the other two are contract staff.

Hospital representatives told the Committee that there was an expectation that all staff, both hospital employees and contract workers, would comply with established policies, procedures and training methods. Auditing processes were also expected to be in place in both circumstances.⁵³

Committee Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

4. The Ministry of Health and Long-Term Care:

- a) should ensure that all hospitals regularly perform hand hygiene audits employing consistent processes and definitions that include whether hands are washed at the appropriate times (e.g., before and after patient contact), as well as whether hands are appropriately cleaned; and
- b) as part of the public reporting on patient safety indicators, and in conjunction with Local Health Integration Networks and hospitals, shall develop a process to ensure hand-hygiene compliance rates reported by hospitals are reliable and comparable, and reported by health care occupational group (e.g., nurses and physicians).

5. **The Ministry of Health and Long-Term Care, in co-operation with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, shall develop specific best-practice guidelines with respect to infectious diseases isolation policies for high-risk patients.**
6. **The Ministry of Health and Long-Term Care undertake a cost-benefit analysis of the capital cost of making all new hospital rooms private, with their own washroom, versus the long-term costs related to hospital-acquired infections.**
7. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall advise the Committee when in 2009 it is expected that the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee's best practice document for environmental cleaning will be made available to hospitals. It is the Committee's expectation that this document will include best practices for both the prevention and the control of hospital-acquired infections.**
8. **The Ministry of Health and Long-Term Care, in conjunction with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, should investigate new technologies for monitoring cleanliness, especially since a visual inspection of cleanliness will not detect most infectious organisms.**

4.5 Antibiotic Use

Research indicates an association between the increased use of antibiotics and the resistance of infections to certain antibiotics. Hospitals use antibiotics to prevent and treat infections; however, infectious bacteria are developing resistance to antibiotics, increasing the risk that antibiotics will no longer effectively treat certain infections in the future.

Individuals are at increased risk for acquiring certain infections if they are taking antibiotics. *C. difficile* infection usually occurs when the use of antibiotics reduces the normal levels of good bacteria found in the intestines and colon. The *C. difficile* bacteria is then able to grow and produce toxins that make the patient sick. The US Food and Drug Administration (FDA) revised the safety labels for certain antibiotics in 2007. They now warn that taking the antibiotic poses a risk of *C. difficile* and that nearly all antibiotics have been associated with an increased risk of *C. difficile*.

A number of CDAD outbreaks in Ontario have reinforced the need for judicious use of antibiotics. The Office of the Chief Coroner's investigation into 18 deaths directly or indirectly caused by *C. difficile* at the Sault Area Hospital in 2006 noted that the use of antibiotics was likely a contributing factor. It recommended prescribing only where clear indications exist and after careful consideration. A March 2007 review by the Trillium Health Centre noted that judicious use of antibiotics is key to reducing *C. difficile* rates.

PIDAC has recommended that hospitals implement policies and procedures to promote judicious antibiotic use and review actual antibiotic use to assess its appropriateness.⁵⁴

Promoting Judicious Antibiotic Use

Each of the hospitals visited had procedures to promote the judicious use of antibiotics. All three had an antibiotic drug formulary and a process to ensure they obtained an infectious-disease specialist's approval for using certain antibiotics. Laboratory results were accompanied by a list of the antibiotics that were most effective in combating the identified infection. The use of certain antibiotics was restricted to specific patient-related conditions. Each hospital determined which antibiotics to restrict and what the restrictions should be.⁵⁵

Reviewing Actual Use of Antibiotics

None of the hospitals had an information system that enabled the analysis of drug utilization patterns by physician or the reasons for specific drug use. One was planning to implement a new pharmacy information system in the fall of 2008. (The Committee was advised that the hospital involved was the Windsor Regional Hospital. Since its hearings, the Committee has learned that implementation of the new system, which the Hospital anticipates will assist with the monitoring of antibiotic usage, was delayed until February 2009.⁵⁶)

One hospital monitored the use of certain antibiotics through a monthly review. Audit staff's review of the antibiotics committee's minutes indicated that most were used appropriately. However, some were not used in accordance with hospital restrictions or their appropriateness was questionable.

Another hospital started examining antibiotic use in April 2007. A February 2008 analysis noted trends associated with increasing antibiotic use during the winter and the incidence of VRE and *C. difficile*. Four antibiotics appeared to have high usage. At the time of the audit, the hospital was planning further investigation.

The third hospital reviews selected antibiotics on a quarterly basis but did not document the results. Hospital staff noted excessive use of two restricted-use antibiotics in late 2007. After discussions among its infectious disease specialists, the use of these antibiotics dropped.

The Ministry funded a survey of hospital antibiotic use by the Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMPC) in the spring of 2008. It included questions on restricted antibiotics, hospital antibiotic stewardship programs and what worked best to control antibiotic use.

The Auditor recommended that hospitals, in conjunction with the appropriate medical groups, establish practices for consistently identifying which antibiotics should be restricted. Consideration should be given to implementing the best practices for the judicious use of antibiotics as noted by the ISMPC, once available. Hospitals should also consider implementing electronic drug-dispensing systems to track antibiotic use and monitor prescribing practices. They should also share best practices.⁵⁷

Responses to Auditor's Report and Ministry Update

The hospitals generally agreed with the recommendation. One was working on developing an antibiotic stewardship program, but noted that physicians are regulated by professional colleges, making it difficult for hospitals to completely control prescribing. Another had started to integrate its pharmacy system with other data systems, and had drafted a new antibiotic formulary and guidelines.

The third hospital agreed that electronic monitoring systems were needed to enable benchmarking. It also felt that the appropriateness of the type of antibiotic, its dose and the duration of its use needed to be reviewed at a patient-specific level and financially supported by the Ministry. It was unaware of Canadian standards for determining appropriateness of use and noted that there are no benchmarks or comparators against which it could measure the success of its antimicrobial stewardship program.⁵⁸

The OAHPP was working with the ISMPC and infectious disease expert, Dr. Allison McGeer of Mount Sinai Hospital, on ways to better integrate the principles of antibiotic stewardship. Dr. McGeer and the ISMPC will work with hospitals to design possible steps to promote optimal antibiotic use. Based on the ISMPC study findings, expected in the fall of 2008, a series of interventions will be put in place in pilot sites and evaluated. The best of those with an effective impact will be implemented.

The Ministry will ensure that best practices related to the judicious use of antibiotics are made available to providers and will work with the professional regulatory colleges.⁵⁹

Committee Hearings

The judicious use of antibiotics in a hospital setting is significant for various reasons. For example, antibiotic resistance, as discussed in the Auditor's report, is an ongoing issue. There are also financial concerns as over-prescribing contributes to the cost of operating a facility.

Physicians' prescribing practices are often overseen by a hospital's medical advisory committee. The degree to which the process is managed varies from hospital to hospital. The Committee was told that best-practice documents envision full-time monitoring. Meeting this standard was said to be challenging, even for large teaching hospitals with a number of infectious disease physicians and microbiologists. The Committee also heard that there are some areas where the standardization of antibiotic use is relatively easy and others where the process will take more time.

The OAHPP and the ISMPC have been working on a program to support hospitals and manage antibiotics, but this was said to be a long-term strategy. In the short-term, there are existing guidelines related to antibiotics that could be disseminated.⁶⁰

Committee Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

9. **The Ontario Agency for Health Protection and Promotion, through the Ministry of Health and Long-Term Care, after its receipt and evaluation of the findings of the Institute for Safe Medication Practices Canada's study of hospital antibiotic use, shall report to the Committee within 60 days on plans to promote optimal antibiotic use.**

The Standing Committee on Public Accounts applauds the Windsor Regional Hospital's initiative in implementing a new electronic drug dispensing system and therefore recommends that:

10. **The Windsor Regional Hospital report to the Committee on the impact of its new electronic drug dispensing system in facilitating the monitoring of antibiotic use during its first 12 months of operation, within 90 days of the system's one year anniversary.**

4.6 Surveillance

PIDAC defines surveillance as the systematic ongoing collection, collation, and analysis of data with timely distribution of information in order to allow necessary action to be taken. It notes that there is conclusive evidence to show that a surveillance system is associated with reductions in infection rates. It is particularly useful in monitoring the effectiveness of infection-prevention-and-control programs. All three hospitals had ICPS.

PIDAC has issued and other organizations have published recommendations with respect to the surveillance of HAIs.⁶¹

Reporting Results

Reporting to Public Health Units and Safer Healthcare Now!

Governments in certain other jurisdictions require hospitals to report on HAIs. References were made to Quebec, Manitoba and the United Kingdom. The *Health Protection and Promotion Act* requires Ontario hospitals to report on certain diseases to their local public health unit. Identification of *C. difficile* outbreaks was included in these requirements effective September 1, 2008. Many other HAIs, such as MRSA and VRE, had yet to be reported.

The 2007/08 Wait Time Strategy agreement required participating hospitals to work towards submitting data on surgical-site infections, central-line infections, and ventilator-associated pneumonia to Safer Healthcare Now! (SHN) by March 31, 2008. All three hospitals were participating in that Wait Time Strategy.

The 2008/09 Wait Time Strategy agreement requires reporting data on central-line infections and ventilator-associated pneumonia through the Ministry to SHN and the collection of information on the reduction of surgical-site infections.⁶²

Reporting to the Public

The 2008/09 Wait Time Strategy agreement requires that hospitals publicly report information on central-line infections, surgical-site infections, and ventilator-associated pneumonia on their websites by April 2009. One of the hospitals visited was already reporting its central-line and ventilator-associated pneumonia infection rates. Two posted quality indicator reports four times a year.

A number of jurisdictions publicly report HAIs. While audit staff understand that hospitals generally support the reporting of “superbug” data to the public, most are not yet publicly reporting such data. The Auditor believed public reporting of selected HAIs is a positive step, but felt the Ministry will need to give direction to ensure consistent reporting. It will then be possible for the public to be assured that these data are comparable and fairly presented.⁶³

The Auditor recommended that the Ministry, with LHINs and hospitals, ensure that hospitals identify and track HAIs, and other reportable patient safety indicators in a consistent and comparable manner. He also recommended establishing targeted benchmark rates for more prevalent HAIs and looking into expanding public reporting to include key patient outcome data.

Hospitals should also provide each surgeon with his or her surgical-site infection rates and discuss any related infection-control issues with a view to identifying practice adjustments.⁶⁴

Responses to Auditor's Report and Ministry Update

The hospitals generally concurred with the recommendation. One indicated that most surveillance is manual. An electronic system would enable accurate and expeditious data collection. Targeted maximum rates or other benchmarks for HAIs were needed. This hospital was reporting information to its surgeons on their surgical-site infection rates.

Another hospital felt that HAIs should be tracked in a consistent manner and that benchmark rates should be made available. Surveillance and reporting activities are very labour-intensive and would require additional resources, without which there could be data quality problems.

The third hospital planned to adopt available Ministry and PIDAC definitions for HAIs. In August 2008, a standard form for tracking surgical-site infections was developed for use across its LHIN. It expected to start providing each surgeon with their surgical-site infection rates in the fall of 2008.

LHINs supported public presentation of key safety information, such as HAIs, along with performance measures and patient outcomes.

In preparation for reporting on CDAD, the Ministry, with input from infection-control experts, had developed consistent definitions and collection processes. This would allow for standardized provincial reporting and trending, and eventually, benchmarking that can be used for the purpose of comparisons.⁶⁵

Information on other patient safety indicators is under development. Dr. Michael Baker has asked the OAHPP to conduct a study that will analyze and calculate patient outcomes (including morbidity). The OAHPP will present the study and findings to him and he will make recommendations to the government.⁶⁶

Committee Hearings

Reporting to the Public

There is no specific requirement that a hospital notify the public about HAIs, beyond the eight patient safety indicators (seven of which relate to HAIs) that are and will be reported.⁶⁷ Each indicator has a specific definition and data collection methodology. PIDAC is partnering with the OHA and RICNs in educating hospitals to ensure they understand the definitions, and how to collect and submit data. The Ministry wants to be sure it can make comparative statements about hospitals and that hospitals can judge their own performance against those of their peers, something they have been unable to do until now.⁶⁸

Witnesses were questioned about the reporting of outbreaks of HAIs. The Committee was told that the term "outbreak" was misleading as it is a mathematical calculation. Its use indicates the need for heightened awareness but does not mean everyone is at risk.

Ontario's public health system deals with over 2,600 outbreaks each year. The decision to communicate an outbreak to the public requires judgement and is based on an evaluation of criteria such as the population affected, how the outbreak can be controlled and the amount of risk involved.

According to the OHA, hospitals report outbreaks in various ways, for example, on their websites, on their telephone messages and through signage. One of the three audited hospitals had no outbreak experience but did communicate with HAI patients and their families, as well as relevant hospital staff. Another hospital communicated with HAI patients and their families through letters and signage, and had had some experience with non-*C. difficile* outbreaks.

Representatives of the third hospital, The Ottawa Hospital, told the Committee that they publicly reported an MRSA outbreak in their neonatal unit in December 2007. In this instance, visitors were asked to stay away. The Hospital also had a mechanism in place which was used to inform expectant mothers of the problem and to direct them elsewhere, if possible. Hospital staff said there was no rule dictating how and who they would notify. They also referred to the advice that is shared within the community of infection control professionals.

Witnesses spoke of the need for full disclosure. Without it, the public could receive misleading information.⁶⁹

Reporting Patient Outcome Data

The Ministry's status update (see page 23 of this report) indicated that the public reporting of HAIs will be expanded to include patient outcomes. Staff were asked when this expansion was expected. Committee members were told that patient outcomes are, in general terms, a definitional issue. Before outcomes can be publicly reported, clear definitions will have to be provided so that data is comparable.

The OAHPP has spoken to colleagues in Quebec and other jurisdictions who have been challenged in terms of the "reproducibility" of determining causes of death, *C. difficile* being a good example. Protocols are being developed, but nothing with respect to reporting is expected for the better part of a year.⁷⁰

Electronic Records

Patient tracking and monitoring would be facilitated with the use of electronic records. Witnesses felt that anything that could speed the flow of information would allow for faster responses. Reference was made to Panorama, a new public health surveillance, tracking and monitoring system.⁷¹ Ontario plans to implement Panorama, a pan-Canadian system, in 2011.⁷²

Committee Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 11. The Ministry of Health and Long-Term Care, in conjunction with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, shall report to the Committee on the establishment of target rates for hospital-acquired infections that would serve as benchmarks for all hospitals.**
- 12. The Ministry of Health and Long-Term Care shall work with the Provincial Infectious Diseases Advisory Committee on the development of best practices with respect to the reporting of outbreaks of hospital-acquired infections to the public (e.g., the timing of announcements, and the use of websites, telephone messages, and signage) to ensure standardization across the province.**

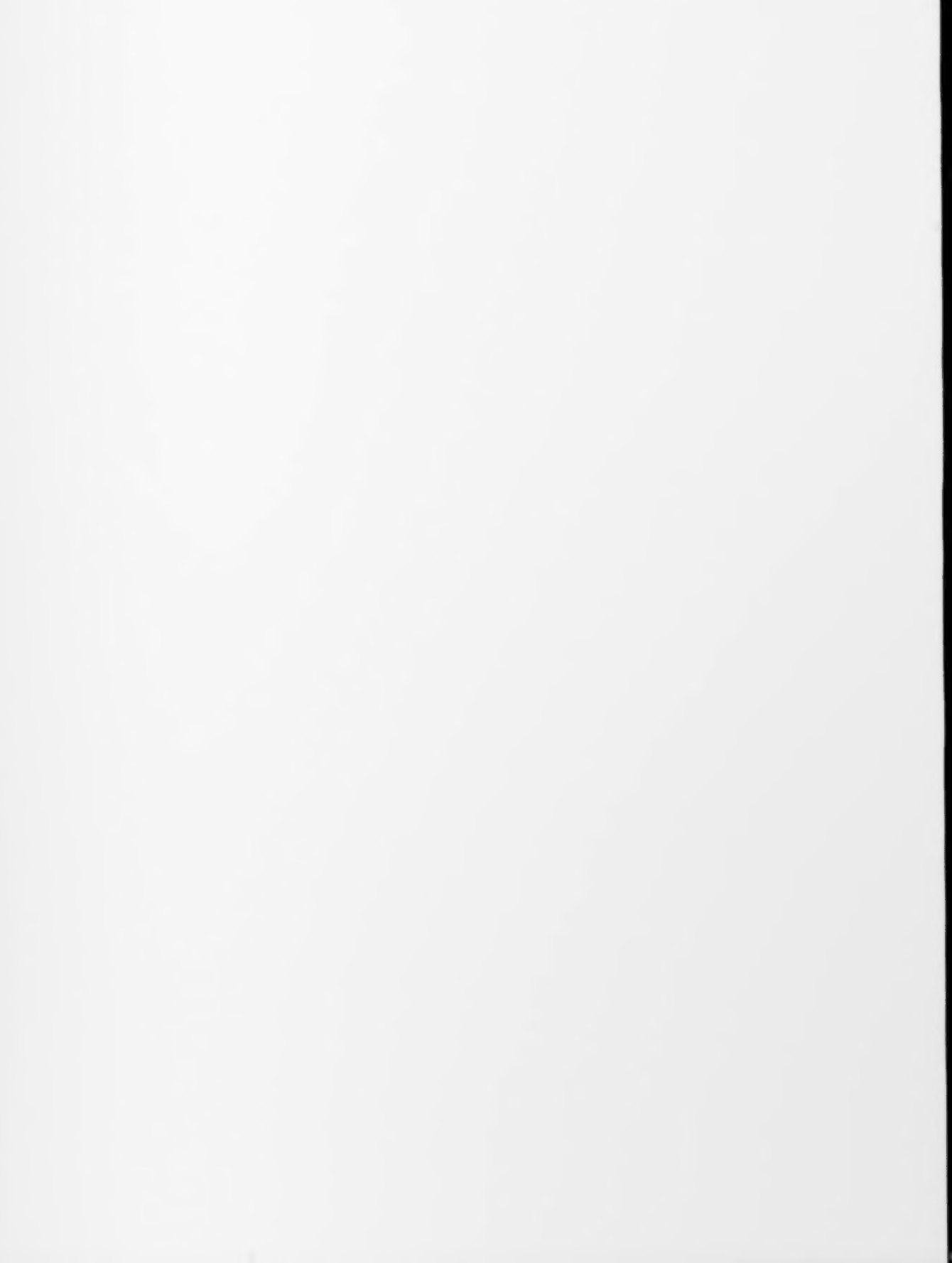
NOTES

- ¹ Ontario, Office of the Auditor General, *Special Report: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections* (Toronto: The Office, September 2008), p. 9. Internet site at http://www.auditor.on.ca/en/reports_en/hai_en.pdf, accessed 24 November 2008.
- ² Office of the Auditor General, *Special Report: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections*, Figure 1, p. 6.
- ³ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC), *Preventing Febrile Respiratory Illnesses*, rev. August 2006 (Toronto: PIDAC, reprint March 2008), p. v. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_0804_06.pdf, accessed 1 December 2008.
- ⁴ Office of the Auditor General, *Special Report: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections*, Figure 1, p. 7, footnote 2.
- ⁵ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Methicillin-Resistant Staphylococcus (MRSA): Fact Sheet for Patients and Visitors." Internet site at http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/pro/fs/mrsa_fs_health_care_patients_20081120.pdf, accessed 11 March 2009.
- ⁶ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Vancomycin Resistant Enterococcus (VRE)," last modified 30 December 2008. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/public/vre/vre_pub.html, accessed 9 February 2009.
- ⁷ See figures 1 and 2 in Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 6-7.
- ⁸ *Ibid.*, pp. 5-8.
- ⁹ *Ibid.*, pp. 8-9.
- ¹⁰ *Ibid.*, pp. 10-12.
- ¹¹ *Ibid.*, pp. 13-14.
- ¹² Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)*, 39th Parl., 1st Sess. (29 October 2008): P-194. Internet site at http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/29-OCT-2008_P012.pdf, accessed 12 November 2008.
- ¹³ Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 13-14.
- ¹⁴ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-195.
- ¹⁵ *Ibid.*, pp. P-204 – P-205.
- ¹⁶ *Ibid.*, p. P-195.
- ¹⁷ *Ibid.*, p. P-213.
- ¹⁸ *Ibid.*, pp. P-204 – P-205.
- ¹⁹ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee, *Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario* (Toronto: The Committee, September 2008), p. 16. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_20080905.pdf, accessed 24 November 2008.
- ²⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-207 – P-208.
- ²¹ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 14; and Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-194.
- ²² Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 42-43.
- ²³ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-194.
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 14; and Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-194.
- ²⁶ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 14; and Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-194 – P-195.
- ²⁷ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-195.
- ²⁸ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 15; and Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-195.
- ²⁹ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-193 – P-195.
- ³⁰ *Ibid.*, p. P-197.

- ³¹ Ibid., p. P-198.
- ³² Ibid., p. P-196 and pp. P-213 – P-214.
- ³³ Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 15-16.
- ³⁴ Ibid., pp. 17-18.
- ³⁵ Ibid., p. 18.
- ³⁶ Ibid., pp. 18-19.
- ³⁷ Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Summary Status Table in Response to the Report of the Auditor General of Ontario: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections," October 2008.
- ³⁸ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-207.
- ³⁹ Nosocomial means hospital-acquired.
- ⁴⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-203 – P-204.
- ⁴¹ Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 19-20.
- ⁴² Ibid., pp. 19-21.
- ⁴³ Ibid., pp. 22-23. It can take a laboratory up to 72 hours to confirm MRSA and up to 96 hours to confirm VRE.
- ⁴⁴ Ibid., pp. 20 and 23-24.
- ⁴⁵ Ibid., p. 24.
- ⁴⁶ Ibid., pp. 24-25.
- ⁴⁷ Ministry of Health and Long-Term Care, "Summary Status Table."
- ⁴⁸ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-197.
- ⁴⁹ Ibid., pp. P-203, P-211 and P-212.
- ⁵⁰ A Ministry *Backgrounder* issued in September 2008 announced the GOS. See, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, "Hospital Design and Infection Control," *Backgrounder*, 26 September 2008. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/sep/gos_infection_prevention_fs_01_20080925.pdf, accessed 26 November 2008.
- ⁵¹ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-195; and Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 25..
- ⁵² Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-211 – P-212.
- ⁵³ Ibid., pp. P-198 – P-199.
- ⁵⁴ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 26.
- ⁵⁵ Ibid., pp. 26-27.
- ⁵⁶ E-mail from Vice President, Acute Care Services, Windsor Regional Hospital, Windsor to Research Officer, 9 March 2009.
- ⁵⁷ Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 27-28.
- ⁵⁸ Ibid., pp. 28-29.
- ⁵⁹ Ministry of Health and Long-Term Care, "Summary Status Table"; and Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 28-29.
- ⁶⁰ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, pp. P-209 – P-210.
- ⁶¹ Office of the Auditor General, *Special Report*, p. 29.
- ⁶² Office of the Auditor General, *Special Report*, pp. 33-34.
- ⁶³ Ibid., pp. 34-35.
- ⁶⁴ Ibid., p. 35.
- ⁶⁵ Ibid., pp. 35-36.
- ⁶⁶ Ministry of Health and Long-Term Care, "Summary Status Table."
- ⁶⁷ Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates*, p. P-205.
- ⁶⁸ Ibid., pp. P-212 and P-202.
- ⁶⁹ Ibid., pp. P-205 - P-207.
- ⁷⁰ Ibid., p. P-212.
- ⁷¹ Ibid., pp. P-211.
- ⁷² Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "Building Infrastructure for Health System Preparedness," *Fact Sheet*, 4 March 2008. Internet site at http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/mar/materials_20080304/infrastructure_health_prep_fs_20080304.pdf, accessed 20 November 2008.

APPENDIX A

List of Witnesses

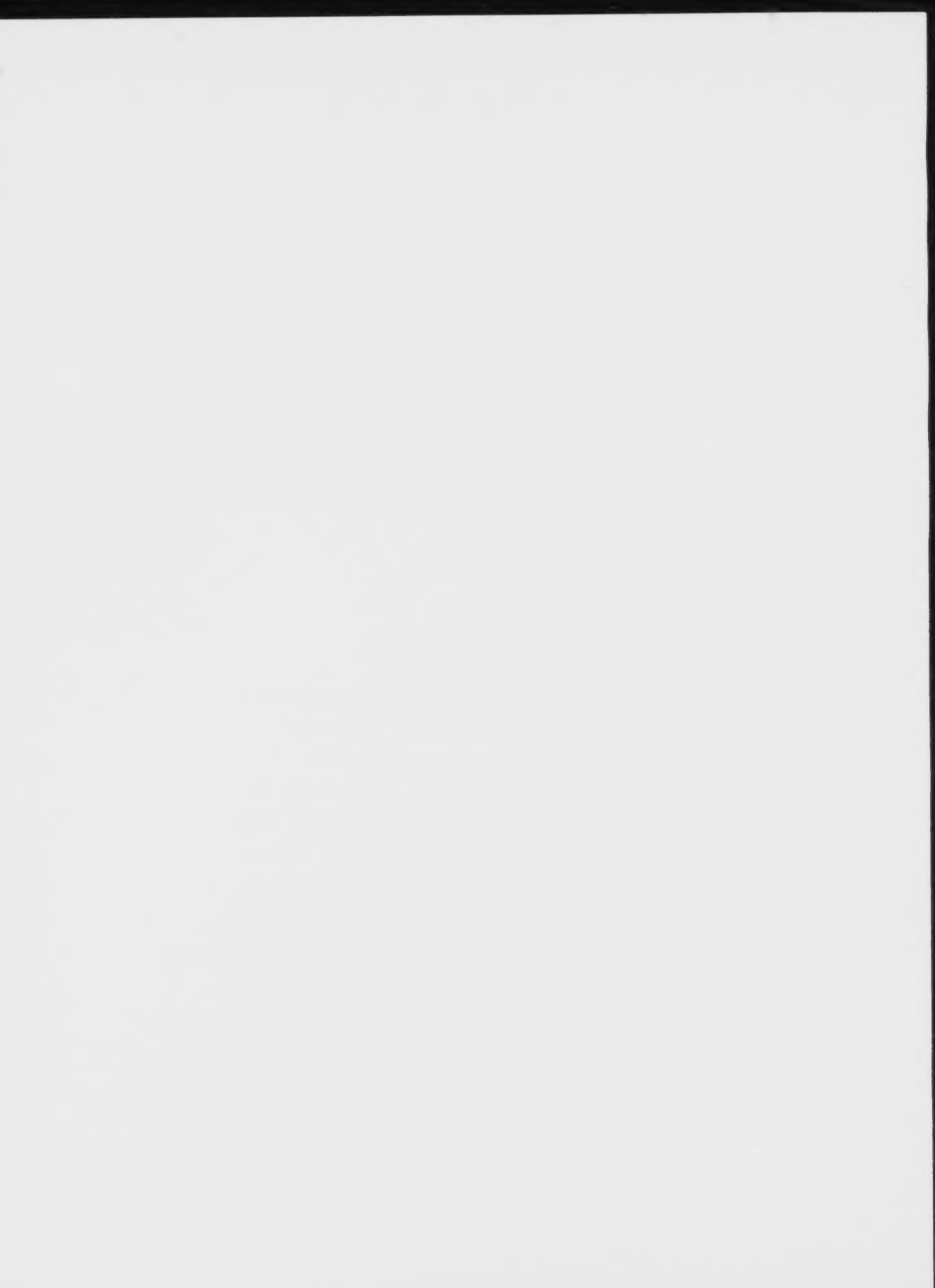


List of Witnesses

Organization	Representative(s)
Ministry of Health and Long-Term Care	Ron Sapsford, Deputy Minister Dr. David Williams, Acting Chief Medical Officer of Health
Ontario Hospital Association	Tom Closson, President and Chief Executive Officer
North York General Hospital	Bonnie Adamson, President and Chief Executive Officer Dr. Kevin Katz, Medical Director, Infection Prevention and Control
The Ottawa Hospital	Dr. Jack Kitts, President and Chief Executive Officer Dr. Kathryn Suh, Acting Director, Infection Prevention and Control Program
Windsor Regional Hospital	Karen McCullough, Vice President, Acute Care and Chief Nursing Executive
Ontario Agency for Health Protection and Promotion	Dr. Michael Gardam, Director, Infectious Diseases Prevention and Control
Provincial Infectious Diseases Advisory Committee	Dr. Mary Vearncombe, Chair, Infection Prevention and Control Subcommittee
Central Local Health Integration Network	Hy Eliasoph, Chief Executive Officer
Erie St. Clair Local Health Integration Network	Gary Switzer, Chief Executive Officer

APPENDIX B

Characteristics of Four Hospital-Acquired Infections



Characteristics of Four Hospital-Acquired Infections

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (<i>C. difficile</i>)	
Initial Infection	patient generally takes antibiotics that reduce normal levels of good bacteria in intestines and colon which allows <i>C. difficile</i> to grow and produce toxins
Possible Effects	diarrhea, more serious intestinal conditions (e.g., colitis) that may require surgery, death in extreme cases
Transmission	contact
Possible Treatments	mild cases may not require treatment, antibiotics for severe cases
Other Concerns	can lead to outbreaks because many people in hospitals take antibiotics; spore difficult to destroy because resistant to number of chemicals; alcohol-based hand cleansers may not be as effective as soap and water

FEBRILE RESPIRATORY ILLNESS (FRI)	
Initial Infection	patient inhales droplets containing disease-causing organisms; patient touches droplets and then touches mouth, nose or eyes; immunization prior to exposure important preventative measure
Possible Effects	fever greater than 38°C; new or worsening cough; shortness of breath; death in extreme cases
Transmission	droplet or contact
Possible Treatments	antibiotics where applicable
Other Concerns	droplets can live on surfaces for hours but are easy to kill with disinfectants and good hand hygiene

METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)	
Initial Infection	<i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) bacteria living on skin, nose or in lower intestine may cause infection and resist common class of antibiotics (people may carry bacteria without having symptoms)
Possible Effects	skin infections that can quickly turn into deep abscesses that require surgical draining; infections in bones, joints, surgical wounds, bloodstream, heart valves, and lungs; death in extreme cases
Transmission	contact
Possible Treatments	mild cases may not require treatment; severe cases treated with other antibiotics
Other Concerns	although infections caused by MRSA may not be more serious than infections caused by <i>S. aureus</i> bacteria, fewer antibiotics are available to treat MRSA-caused infections; bacteria can live on surfaces for months

VANCOMYCIN-RESISTANT ENTEROCOCCI (VRE)	
Initial Infection	Enterococci bacteria in lower intestine and/or possibly in other areas (e.g., urine, blood, skin) may cause infection and resist Vancomycin antibiotic; people may carry bacteria without having symptoms
Possible Effects	fever, swelling, redness and/or pus; death in extreme cases
Transmission	Contact
Possible Treatments	other antibiotics
Other Concerns	bacteria can live on surfaces for 5 days to weeks and on hands for several hours; bacteria relatively easy to kill with disinfectants (provided bacteria in contact with disinfectant for long enough period) and good hand hygiene

Source: Ontario, Office of the Auditor General, *Special Report: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections* (Toronto: The Office, September 2008), pp. 6-7, Figure 1.

APPENDIX C

PIDAC Best-Practice Documents

PIDAC and Ministry Core Competencies Projects

PIDAC Best-Practice Documents

(as of May 2009)

PIDAC's best-practices documents, as well as their publication dates and Internet URLs, are listed below.

Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization (March 2006, revised April 2006)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cds_2.pdf

Preventing Febrile Respiratory Illnesses (September 2005, revised August 2006, reprint March 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_080406.pdf

Best Practices for Infection Prevention and Control of Resistant Staphylococcus aureas and Enterococci (March 2007)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_staff.pdf

Best Practices Document for the Management of Clostridium difficile in all health care settings (December 2004, revised January 2009)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cdifff.pdf

Best Practices for Hand Hygiene (May 2008, revised January 2009)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hh_20080501.pdf

Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations (June 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hai.pdf

Best Practices for Infection Prevention and Control Programs in Ontario (September 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_20080905.pdf

Sexually Transmitted Infections Case Management and Contact Tracing Best Practice Recommendations (April 2009)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_sti.pdf

At the time of the audit, PIDAC was expected to release best-practice documents on environmental cleaning in early 2009.

PIDAC and Ministry Core Competencies Projects

PIDAC and the Ministry developed educational material to enhance infection-control training for front-line staff in response to the 2004 *Final Report of the Ontario Expert Panel on SARS and Infectious Disease Control*. In the spring of 2007, three educational modules were developed and posted on the Ministry's website for health-care professionals. The modules and their Internet URLs are listed below.

Routine Practices Module

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/routine_practices/scorm/RoutinePractices.html

Hand Hygiene Module

<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/handwashing/flash/handhygiene.html>

Chain of Transmission Module

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/chain_of_trans/scorm/chainTrans.html



COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

(Rapport spécial du vérificateur général de l'Ontario, septembre 2008)

1^{re} session, 39^e législature
58 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Prévention et contrôle des infections nosocomiales (Rapport spécial du vérificateur général de l'Ontario, septembre 2008)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Prevention and control of hospital-acquired infections (Special report of the Auditor General of Ontario, September 2008)

Également disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4249-9995-8

I. Infections nosocomiales—Ontario—Prévention. I. Titre. II. Titre: Prevention and control of hospital-acquired infections (Special report of the Auditor General of Ontario, September 2008)

RA644.N66 O56 2008

614.4'4

C2009-964033-3F

Legislative
Assembly
of Ontario



Assemblée
législative
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Norm Sterling'.

Norman W. Sterling

Queen's Park
Juin 2009



**COMPOSITION DU
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

1^{re} session, 39^e législature

NORMAN W. STERLING
Président

JERRY J. OUELLETTE
Vice-président

LAURA ALBANESE

FRANCE GÉLINAS

ERNIE HARDEMAN

PHIL MCNEELY

LIZ SANDALS

MARIA VAN BOMMEL

DAVID ZIMMER

Katch Koch
Greffier du comité

Elaine Campbell
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	ii
PRÉAMBULE	1
Remerciements	1
1. VUE D'ENSEMBLE	2
2. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET CONSTATATIONS PRINCIPALES	3
3. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ	6
3.1 Recommandations du Comité	6
4. CONSTATATIONS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS	8
4.1 Responsabilité des soins aux patients	8
4.2 Initiatives	10
4.3 Dépistage	12
SARM et ERV	12
4.4 Pratiques de base et précautions spécifiques à certaines infections	15
Hygiène des mains	15
Utilisation des chambres à un lit	16
Nettoyage des chambres des patients	16
4.5 Utilisation des antibiotiques	21
Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques	22
Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques	22
4.6 Surveillance	25
Déclaration des résultats	25
NOTES	29
ANNEXE A – Liste des témoins	
ANNEXE B – Caractéristiques de quatre infections nosocomiales	
ANNEXE C – Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI et Projets du CCPMI et du Ministère sur les compétences de base	

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
<i>C. difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>
CCPMI	Comité consultatif provincial des maladies infectieuses
CSA	Association canadienne de normalisation
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
GCSRMM	Groupe consultatif scientifique sur le retraitement des matériels médicaux
IOH	Infection d'origine hospitalière
ISMP	Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada
MACD	Maladies associées à <i>C. difficile</i>
MRA	Micro-organismes résistants aux antibiotiques
MRF	Maladies respiratoires fébriles
OAHPP	Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé
PCSIN	Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales
PPI	Professionnel en prévention des infections
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
RRLI	Réseau régional de lutte contre les infections
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline
SHEA	Society for Healthcare Epidemiology of America
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SSPSM	Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

PRÉAMBULE

Le 11 juin 2008, le Comité permanent des comptes publics a adopté la motion suivante :

Que, si le vérificateur général concluait, après avoir terminé sa vérification de l'optimisation des ressources sur la prévention et la lutte contre les infections d'origine hospitalière, y compris le *C. difficile*, dans les hôpitaux sélectionnés, que ses recommandations pourraient avoir des répercussions importantes et opportunes sur la santé publique, le Comité permanent des comptes publics de l'Assemblée législative de l'Ontario demande au vérificateur général d'envisager d'exercer ses pouvoirs discrétionnaires en vertu du paragraphe 12(1) de la *Loi sur le vérificateur général* pour publier ce chapitre de son Rapport annuel sous forme de rapport spécial au président de l'Assemblée législative; et qu'avant de déposer ce rapport au Comité, le vérificateur général puisse informer le sous-ministre de la Santé de ses opinions, observations ou recommandations.

Le vérificateur général a publié son *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* le 29 septembre 2008 principalement pour donner suite à la motion ci-dessus¹. Le Comité a tenu des audiences sur le rapport le 29 octobre 2008 et il a souscrit aux constatations et aux recommandations du vérificateur.

Le présent rapport expose les constatations et les recommandations du Comité en rapport avec les objets de préoccupation de ses membres. Les données de base sur les sections du rapport de vérification original sont suivies d'un survol des principales constatations issues des audiences ainsi que de nouvelles recommandations. On trouvera la transcription intégrale des audiences dans le *Journal des débats*.

Remerciements

Le Comité tient à remercier de leur participation aux audiences les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, de l'Hôpital général de North York, de L'Hôpital d'Ottawa, de l'Hôpital régional de Windsor et des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) d'Érie St-Clair et du Centre. (Les représentants du RLISS de Champlain n'ont pu assister aux audiences. On trouvera à l'annexe A la liste complète des témoins.) Le Comité remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel des Services de

recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

1. VUE D'ENSEMBLE

Les infections d'origine hospitalière (IOH) sont contractées par un patient qui est à l'hôpital pour un autre motif médical. Leurs répercussions pour les patients peuvent aller d'un séjour plus long à l'hôpital à des troubles médicaux pouvant nécessiter une intervention chirurgicale ou entraîner des effets nuisibles à long terme sur la santé. Dans les cas les plus graves, ces infections peuvent causer la mort. Les IOH font augmenter le coût des traitements et prolongent les temps d'attente des autres patients pour un lit d'hôpital.

On ne dispose pas d'information sur le nombre total d'IOH contractées en Ontario chaque année, mais selon une étude canadienne réalisée en 2003, il y aurait 220 000 cas dans les hôpitaux chaque année et au moins 8 000 décès connexes par année. Plus récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé a calculé qu'un adulte sur 10 et un enfant sur 12 contracteront une IOH. Les Centers for Disease Control and Prevention estiment à 1,7 million le nombre d'IOH contractées dans les hôpitaux américains chaque année et à 99 000 le nombre de décès connexes.

Certaines IOH sont des maladies infectieuses. Le *Clostridium difficile* (*C. difficile*), les maladies respiratoires fébriles (MRF), le *staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) sont quatre IOH graves. Nous décrivons chacune ci-dessous. On trouvera de plus amples détails à l'annexe B.

<i>C. difficile</i>	Le patient prend des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon, ce qui permet à la bactérie <i>C. difficile</i> de croître et de produire des toxines. Les effets possibles comprennent la diarrhée et des maladies intestinales plus graves (p. ex., colite) pouvant nécessiter une chirurgie. Il peut y avoir décès dans les cas extrêmes ² .
MRF	« MRF est un terme utilisé pour décrire un large éventail d'infections respiratoires transmises par gouttelettes, comme le rhume, la grippe, les affections pseudo-grippales et la pneumonie. . . . ³ La transmission par « gouttelette » se produit lorsque la personne infectée tousse ou éternue, amenant ainsi des gouttelettes en contact direct avec une autre personne ⁴ . »
SARM	« Le <i>staphylococcus aureus</i> est un microbe qui vit sur la peau et les muqueuses des personnes saines. Il provoque parfois des infections. Lorsque le <i>S. aureus</i> résiste à certains antibiotiques, on l'appelle <i>staphylococcus aureus</i> résistant à la méthicilline (SARM) ⁵ . »
ERV	« Les entérocoques sont des microbes qui vivent dans les intestins de la plupart des gens et dans l'environnement. Ces microbes peuvent parfois causer des infections. La vancomycine est un antibiotique souvent utilisé pour traiter les infections à

entérocoques. Dans certains cas, l'entérocoque résiste au médicament, d'où le nom d'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ⁶ . »

Les quatre IOH sont transmissibles par contact; il est donc essentiel de se laver les mains et de nettoyer et désinfecter les surfaces avec lesquelles les patients et le personnel hospitalier entrent en contact pour prévenir leur transmission. Les MRF peuvent également se transmettre par des gouttelettes en contact direct avec une autre personne (p. ex., par le biais de l'inhalation).

Comme indiqué ci-dessus, les IOH telles que le SARM et l'ERV résistent à la plupart des antibiotiques. Selon les données citées par le Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales (PCSIN), entre 1999 et 2006, l'incidence de SARM a à peu près doublé, tandis que celle d'ERV a plus que triplé. L'augmentation du nombre d'organismes résistants aux antibiotiques laisse à penser que ces derniers sont de moins en moins efficaces contre certaines maladies.

D'après les données du PCSIN pour 2005 à 2007, il se pourrait que certaines IOH dont il est question ci-dessus soient un peu plus répandues en Ontario. L'incidence de *C. difficile* pourrait être légèrement plus élevée en Ontario que dans l'ensemble du Canada, tandis que celle de SARM et d'ERV pourrait être légèrement plus élevée en Ontario et au Québec pris ensemble que dans tout le pays⁷.

Le risque d'épidémie de *C. difficile* est préoccupant étant donné que de nombreuses personnes hospitalisées prennent des antibiotiques. Comme les hôpitaux n'étaient pas tenus, au moment de la vérification, de déclarer les cas de *C. difficile* ou les résultats connexes pour les patients, il n'y avait pas d'information à l'échelle de la province sur la fréquence des épidémies. Au cours des dernières années, toutefois, plusieurs hôpitaux ont déclaré des éclosions importantes, par exemple, l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, le Centre de santé Trillium à Mississauga et l'Hôpital Joseph Brant Memorial à Burlington.

Les IOH autres que celles susmentionnées sont contractées en général par des patients qui subissent certaines interventions médicales (p. ex., infections par cathéter central, infections du champ opératoire et pneumonie sous ventilation assistée)⁸.

2. OBJECTIF DE LA VÉRIFICATION ET CONSTATATIONS PRINCIPALES

La vérification visait à déterminer si les hôpitaux sélectionnés avaient suivi des politiques et des procédures efficaces pour la prévention et la lutte contre les IOH. Une visite préliminaire dans un hôpital a permis au personnel de vérification de se familiariser avec les activités de prévention et de lutte contre les infections. Les activités de vérification ont ensuite été menées dans trois autres hôpitaux de taille différente et desservant des collectivités différentes : l'Hôpital général de North

York (deux établissements), L'Hôpital d'Ottawa (trois établissements) et l'Hôpital régional de Windsor (deux établissements).

Le personnel de vérification a discuté de la prévention et de la lutte contre les IOH avec les réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI) et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) associés à chaque hôpital. Le personnel de vérification a aussi pu compter sur l'aide de conseillers médicaux indépendants. Le travail de vérification se fondait en grande partie sur les pratiques exemplaires élaborées par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Le personnel de vérification a discuté de la gestion des services de prévention et de lutte contre les infections avec des membres du CCPMI.

La vérification était axée sur le *C. difficile*, les MRF, le SARM, l'ERV, les infections par cathéter central, les infections du champ opératoire et la pneumonie sous ventilation assistée. Le SARM et l'ERV ont connu une croissance rapide au cours des dernières décennies et les autres IOH ont surtout été choisies en raison de leur fréquence en milieu hospitalier⁹.

Le vérificateur a constaté que certains processus formels de prévention et de lutte contre les IOH dans les hôpitaux visités étaient efficaces. Par ailleurs, il y avait matière à amélioration dans certains domaines. Voici un aperçu des observations de la vérification :

- **Disponibilité et comparabilité des données sur les IOH :** L'information ministérielle sur le nombre de cas signalés pour la plupart des IOH ou sur les résultats pour les patients ne sera pas disponible avant l'automne 2008 au plus tôt. Les données sur les IOH fournies par les hôpitaux visités ne pouvaient être comparées parce que les définitions et les méthodes de calcul utilisées n'étaient pas les mêmes.
- **Procédures pour les tests de dépistage des MRF :** Les trois hôpitaux utilisaient des procédures différentes pour s'assurer de soumettre les patients à des tests de dépistage des MRF telles que la grippe.
- **SARM et ERV :** Chaque hôpital avait un processus différent pour vérifier s'il avait identifié les patients à haut risque de SARM et d'ERV et prélevé un échantillon pour que le laboratoire puisse confirmer la présence de l'infection. Les résultats des examens indiquaient que les politiques des hôpitaux n'étaient pas toujours respectées.
- **Conformité aux pratiques d'hygiène des mains :** Le SARM, l'ERV et le *C. difficile* sont les bactéries les plus souvent propagées par les mains des travailleurs de la santé. À la fin du projet pilote d'hygiène des mains mis en œuvre par le Ministère, le taux de conformité variait entre 40 % et 75 % dans les 10 hôpitaux participants, dont l'un de ceux visités aux fins de la vérification. Le taux de conformité des médecins avait augmenté de 18 % à 28 %, tandis que celui du personnel infirmier était passé de 44 % à 60 %.

- **Surveillance de l'utilisation de l'équipement de protection individuel :** Aucun des hôpitaux ne disposait d'un système pour assurer la surveillance périodique de l'utilisation par le personnel de l'équipement de protection individuel. L'un d'entre eux avait effectué des examens périodiques entre octobre 2006 et avril 2007 et constaté que le personnel d'une unité à risque relativement élevé n'utilisait pas toujours l'équipement de protection individuel ou l'utilisait incorrectement. Les deux autres hôpitaux n'avaient examiné que l'utilisation des gants.
- **Isolement des patients atteints d'une maladie infectieuse :** Les hôpitaux avaient différentes politiques en place sur les circonstances dans lesquelles il faut isoler les patients atteints d'une maladie infectieuse dans des chambres à un lit. Deux d'entre eux isolaient immédiatement tous les patients provenant d'établissements situés à l'extérieur du Canada parce que les taux de SARM et d'ERV sont généralement plus élevés à l'étranger. Le troisième attendait une confirmation, mais reconnaissait que l'obtention de la confirmation pouvait prendre jusqu'à quatre jours après la réception de l'échantillon par le laboratoire.
- **Nettoyage des chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* :** Deux hôpitaux nettoyaient les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile* deux fois par jour, conformément aux recommandations du CCPMI. Toutefois, ils ne pouvaient pas déterminer si le nettoyage avait été effectué, car ni l'un ni l'autre ne consignaient les heures de nettoyage des chambres. Le troisième nettoyait une fois par jour les chambres occupées par les patients porteurs de *C. difficile*.
- **Utilisation des antibiotiques :** L'utilisation judicieuse des antibiotiques, préconisée par les trois hôpitaux, réduit l'incidence de *C. difficile* et de SARM. La surveillance de l'efficacité nécessitait une astreignante inspection manuelle des dossiers des patients parce qu'aucun des hôpitaux ne disposait d'un système d'information permettant d'analyser les habitudes de prescription de chaque médecin ou les motifs sous-tendant l'utilisation de certains médicaments.
- **Définition et surveillance des IOH :** Chaque hôpital avait sa propre définition des IOH et ses propres méthodes de surveillance. Cette situation est susceptible de causer de grandes variations dans les taux d'infection déclarés.
- **Communication des taux d'infection du champ opératoire :** Une des pratiques exemplaires adoptées par l'un des hôpitaux consistait à consigner les taux d'infection du champ opératoire pour chaque chirurgien et à leur communiquer cette information. Aucun des deux autres hôpitaux n'informait ses chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire.
- **Désinfection et stérilisation de l'équipement médical :** Aucun des hôpitaux n'avait de processus pour vérifier si le personnel désinfectait ou stérilisait l'équipement médical conformément aux instructions du fabricant ou à la politique de l'hôpital¹⁰

3. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ

Le Comité demande au Ministère de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

3.1 Recommandations du Comité

- 1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport d'étape sur les moyens pris par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé pour s'assurer que les conseils des hôpitaux ont donné suite aux recommandations du vérificateur général concernant les infections d'origine hospitalière.**
- 2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport sur les résultats de ses consultations sur l'utilisation et le coût du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF, ainsi que sur la pertinence de recommander des pratiques spécifiques en matière de dépistage.**
- 3. L'Hôpital d'Ottawa transmet au Comité un résumé par écrit des résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM dans les 60 jours suivant la fin de son évaluation, notamment l'impact sur les taux d'infections nosocomiales et le rapport coût-efficacité.**
- 4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :**
 - a) doit veiller à ce que tous les hôpitaux effectuent régulièrement des vérifications de l'hygiène des mains se fondant sur des processus et des définitions uniformes pour vérifier notamment si le lavage des mains est effectué au moment approprié (p. ex., avant et après les contacts avec chaque patient) et si le nettoyage des mains est effectué correctement;**
 - b) dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs sur la sécurité des patients, et de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, élabore un processus visant à garantir que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains déclarés par les hôpitaux sont fiables et comparables et déclarés par groupe de professionnels de la santé (p. ex., personnel infirmier et médecins).**
- 5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, élabore des lignes directrices spécifiques sur les pratiques exemplaires en rapport avec les politiques d'isolement relatives aux maladies infectieuses pour les patients à risque élevé.**

6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée entreprend une analyse coûts avantages du coût des investissements nécessaires pour que toutes les nouvelles chambres dans les hôpitaux soient des chambres à un lit dotées de leur propre salle de bain, par rapport aux coûts à long terme reliés aux infections nosocomiales.
7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée informe le Comité de la date à laquelle il prévoit, en 2009, que le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses mettra à la disposition des hôpitaux son document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement. Le Comité s'attend à ce que ce document comprenne des pratiques exemplaires à la fois pour la prévention et pour le contrôle des infections nosocomiales.
8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, doit se renseigner sur les nouvelles technologies de surveillance de la propreté du fait surtout qu'une inspection visuelle de la propreté, ne permet pas de détecter la plupart des organismes infectieux.
9. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, présente au Comité dans les 60 jours suivant la réception et l'évaluation des conclusions de l'étude sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, un rapport sur les moyens qu'elle compte prendre pour préconiser une utilisation optimale des antibiotiques.
10. L'Hôpital régional de Windsor présente au Comité un rapport sur l'impact de son nouveau système électronique de distribution des médicaments du point de vue de la facilitation de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques au cours des 12 premiers mois d'exploitation du système, dans les 90 jours suivant le premier anniversaire de l'entrée en fonction du système.
11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, présente au Comité un rapport sur l'établissement de taux cibles pour les infections d'origine hospitalière qui serviraient de points de référence pour tous les hôpitaux.
12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses à l'élaboration de pratiques exemplaires pour la divulgation publique des éclosions d'infections d'origine hospitalière (p. ex., le moment choisi pour les annonces ainsi que l'utilisation de sites Web, de messages téléphoniques et d'écriteaux) afin d'assurer l'uniformisation dans l'ensemble de la province.

4. CONSTATATIONS DE LA VÉRIFICATION ET RECOMMANDATIONS

4.1 Responsabilité des soins aux patients

La responsabilité des soins aux patients découlant des IOH est une responsabilité partagée qui relève de différentes lois. Le rapport du vérificateur et l'exposé du personnel du Ministère au cours des audiences mettaient l'accent sur cinq lois.

- **La Loi sur les hôpitaux publics** : La Loi et ses règlements d'application fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux et précisent les responsabilités des conseils et des comités médicaux au chapitre des soins aux patients.
- **La Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée** : Aux termes de cette loi, le ministre doit notamment régir les soins, les traitements et les services dispensés par les hôpitaux.
- **La Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local** : Quatorze RLISS sont chargés de prioriser et de planifier les services de santé et de financer les hôpitaux. Ils doivent rendre compte au Ministère. Depuis le 1^{er} avril 2007, les hôpitaux relèvent directement de leurs RLISS respectifs pour la plupart des dossiers¹¹.
- **La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées** : Chaque profession de la santé réglementée est régie par cette loi et par une loi propre à la profession, en vertu de laquelle un ordre agit comme organe d'autoréglementation de ses membres.
- **La Loi sur la protection et la promotion de la santé** : La Loi énonce le mandat des conseils de santé et des médecins hygiénistes locaux. Elle a pour objet d'assurer l'organisation et la prestation de programmes et de services de santé, la prévention de la propagation de la maladie et la promotion et la protection de la santé. Les médecins hygiénistes sont chargés d'assurer la prestation des services locaux et la conformité aux programmes de santé publique obligatoires¹².

Le Ministère fournit aux hôpitaux environ 85 % de leur financement. L'hébergement des patients et les dons constituent d'autres sources de financement possibles. Les coûts de fonctionnement des hôpitaux (plus de 150) totalisaient environ 20 milliards de dollars en 2007-2008. Les activités de prévention et de lutte contre les infections sont censées être intégrées aux opérations hospitalières, ce qui fait qu'il est difficile d'isoler les coûts imputables à ces activités. Aucun des hôpitaux visités ne consignait le coût total de la prévention et de la lutte contre les IOH¹³.

Audiences du Comité

Les hôpitaux et leur personnel jouent un rôle essentiel dans la prévention, la gestion et le contrôle des IOH, mais le succès de la lutte contre les infections repose sur toutes les personnes qui évoluent dans les hôpitaux et dans le réseau de la santé, ainsi que sur l'ensemble de la collectivité¹⁴.

Les RLISS apportent un soutien aux hôpitaux et coordonnent la communication et la mise en œuvre des pratiques exemplaires dans leurs systèmes respectifs, notamment les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les foyers de soins de longue durée et les organismes de services communautaires. Ces fonctions, quand elles sont exécutées dans le cadre de la prévention et de la lutte contre les infections, sont appuyées par les RRLI. Le Comité a été informé que les patients, tout comme les pratiques exemplaires, peuvent circuler au sein des systèmes et entre ceux-ci¹⁵.

Les hôpitaux sont tenus de déclarer immédiatement à leurs bureaux de santé publique locaux les éclosions de maladies associées à *C. difficile* (MACD) afin de fournir aux médecins hygiénistes l'information nécessaire pour surveiller les épidémies émergentes et intervenir. De leur côté, les médecins hygiénistes signalent les épidémies au Ministère¹⁶.

Les hôpitaux vérifiés ont parlé de leur responsabilité en tant qu'organismes d'assurer le leadership et de collaborer avec tous les partenaires au sein de leurs organisations individuelles. Il leur incombe de faire de leur mieux avec ce qui leur est fourni (p. ex., des ressources spécialisées) pour garantir l'observation des pratiques exemplaires¹⁷. L'un des RLISS a indiqué qu'il discuterait des recommandations du vérificateur avec les hôpitaux qui relèvent de sa compétence ainsi que de la conjugaison de leurs efforts pour travailler comme un réseau comme suite aux recommandations¹⁸.

Coût de la prévention et de la lutte contre les IOH

Il a été question des chiffres cités dans le document *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario* du CCPMI. Ce document indique que les micro-organismes résistants aux antibiotiques (MRA) entraînent, au Canada, selon les estimations,

des coûts additionnels directs et indirects de
40 à 52 millions de dollars par année pour les
patients¹⁹.

Le Comité a aussi appris que les organisations qui ont géré des éclosions de MACD au cours des deux dernières années ont engagé des coûts additionnels de l'ordre de 750 000 \$ à 3 ou 4 millions de dollars. Un témoin a souligné que le calcul du coût de l'éclosion d'une IOH est extrêmement complexe et qu'il est probablement impossible d'obtenir le coût exact²⁰.

Recommandation du Comité

Le Comité appuie le RLISS qui a affirmé qu'il examinerait le rapport du vérificateur avec tous les hôpitaux qui relèvent de sa compétence.

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport d'étape sur les moyens pris par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé pour s'assurer que les conseils des hôpitaux ont donné suite aux recommandations du vérificateur général concernant les infections d'origine hospitalière.**

4.2 Initiatives

Certaines initiatives du Ministère en matière de prévention et de lutte contre les infections faisaient suite à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2003. Des renseignements détaillés sur les principales initiatives ont été fournis dans le rapport du vérificateur et par le personnel du Ministère au cours des audiences du Comité.

- **Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) :** Le CCPMI conseille le médecin hygiéniste en chef depuis sa création en 2004. Il a diffusé des documents sur les pratiques exemplaires qui intègrent les normes applicables élaborées par des organismes tels que l'Association canadienne de normalisation (CSA) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ainsi que des recommandations tirées de la littérature médicale. De concert avec le Ministère, le CCPMI a conçu du matériel didactique pour améliorer la formation du personnel de première ligne dans le domaine de la lutte contre les infections. (L'annexe C contient une liste de documents sur les pratiques exemplaires diffusés par le CCPMI et du matériel sur les compétences de base mis au point par le CCPMI et le Ministère)²¹.
- **Programme d'amélioration de l'hygiène des mains :** En mars 2006, le Ministère et l'ASPC ont tenu un atelier de sensibilisation aux programmes qui ont entraîné des changements durables au chapitre des pratiques d'hygiène des mains. Le Ministère a élaboré le Programme d'amélioration de l'hygiène des mains en se fondant sur cet atelier. Il a mis le programme à l'essai dans certaines unités de 10 hôpitaux entre décembre 2006 et août 2007²².
- **Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (OAHPP) :** L'OAHPP a été créée en 2007 comme centre de recherche dans les domaines du contrôle et de la prévention des maladies infectieuses, de la promotion de la santé, des maladies chroniques, de la prévention des blessures et de l'hygiène du milieu. Elle fournira un soutien scientifique et technique aux bureaux de santé publique, aux fournisseurs de soins de santé et aux partenaires du Ministère²³.
- **Programme Lavez-vous les mains :** Le programme a été lancé en mars 2008. Les hôpitaux ont reçu des séances de formation des formateurs, des outils et le matériel connexe. Le programme comprend un outil de vérification pour évaluer son impact et a son propre site Web²⁴.
- **Professionnels en prévention des infections (PPI) :** Les PPI sont responsables des activités de prévention et de lutte contre les infections dans les hôpitaux. Le Ministère a financé l'embauchage de 166 PPI depuis 2004, soit 1 par 100 lits d'hôpital; il s'agit du meilleur ratio en Amérique du Nord²⁵.

- **Réseaux régionaux de lutte contre les infections (RRLI) :** Au moment de la vérification, 14 RRLI étaient en cours d'établissement, soit un dans chaque RLSS. Les RRLI participent à la coordination des activités de prévention et de lutte contre les infections et encouragent la normalisation dans les établissements de santé. Ils travaillent avec les PPI de l'ensemble du secteur de la santé²⁶.
- **Équipes ressources de lutte contre les infections :** Des équipes sont mises sur pied afin de fournir une aide rapide sur place pour les enquêtes épidémiologiques et la prise en charge des éclosions dans les hôpitaux. Mises en place par l'entremise de l'OAHP, les équipes seront constituées et déployées afin d'appuyer les établissements et les bureaux de santé publique lorsque le médecin hygiéniste en chef détermine l'existence d'un besoin²⁷.
- **Divulgence publique d'indicateurs de sécurité des patients :** Le Ministère a annoncé le 28 mai 2008 que tous les hôpitaux devraient présenter des rapports publics sur huit indicateurs de la sécurité des patients. Le Dr Michael Baker du Réseau universitaire de santé a été nommé pour superviser le programme en matière de sécurité des patients. La publication des rapports sur chacun des indicateurs a commencé aux dates suivantes :
 - *C. difficile* – le 30 septembre 2008;
 - SARM, ERV et ratio normalisé de mortalité hospitalière – le 31 décembre 2008;
 - Pneumonies sous ventilation assistée, infections par cathéter central, infections relatives au champ opératoire et respect de l'hygiène des mains par les travailleurs de la santé – le 30 avril 2009²⁸.

Audiences du Comité

Le personnel du ministère a décrit une approche à trois volets pour lutter contre les infections dans les hôpitaux : la mise en application des conseils des experts, l'apport d'un soutien aux travailleurs de la santé de première ligne et l'établissement d'un leadership rigoureux et d'une définition claire des responsabilités.

Le Comité a appris que le Ministère a fait des progrès et qu'il poursuit ses efforts pour gérer les défis de la lutte contre les maladies infectieuses dans les établissements de soins de santé. Jusqu'à présent, il s'est attaché à renforcer la capacité et à accroître les ressources; maintenant, il met l'accent sur la divulgation et l'intervention provinciales, au besoin²⁹.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) a donné des vidéoconférences, des webémissions et des conférences éducatives en rapport avec la sécurité des patients, la prévention et la lutte contre les infections, les documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI et la divulgation publique d'indicateurs de sécurité des patients.

Les membres du Comité ont appris que les hôpitaux disposent de modèles rigoureux de lutte contre les infections et qu'ils souscrivent à l'utilisation de

données uniformisées sur la sécurité des patients et à la divulgation publique pour favoriser des améliorations. De plus, ils incorporent les recommandations de tiers, tels que le vérificateur, dans leurs programmes d'amélioration continue de la qualité. Ils collaborent avec le CCPMI et le Ministère et également entre eux pour diffuser les pratiques exemplaires³⁰.

Les trois hôpitaux vérifiés ont dit souscrire au rapport et aux recommandations du vérificateur. Le gouvernement a été loué pour ses investissements dans les rapports d'experts, les structures et les processus fondés sur des faits cliniques. Il a été question du SRAS et du fait qu'il a incité le système des soins de santé à se lancer dans une quête pour en apprendre davantage sur la prévention et la lutte contre les infections. Il y a encore du travail à faire pour garantir que le personnel de première ligne possède les ressources, la formation et le soutien nécessaires pour prodiguer aux patients des soins sécuritaires et de qualité³¹.

Les maladies infectieuses font partie de la réalité dans les hôpitaux du monde entier. Tout le monde ne peut s'engager à assurer un système sans éclosion de maladies infectieuses. Il est plus réaliste de vouloir rendre les hôpitaux le plus sécuritaires possible et d'assurer le public que les fournisseurs de soins de santé font de leur mieux dans les circonstances³².

4.3 Dépistage

Le dépistage permet en général d'identifier les patients porteurs d'une maladie ou d'un organisme infectieux. Un dépistage efficace peut également éviter des coûts additionnels aux hôpitaux. Le processus de dépistage comporte en général la prise en compte de différents facteurs pour déterminer quels patients présentent un risque plus élevé d'être porteurs de certains organismes ou de certaines maladies, puis le prélèvement d'un échantillon chez ceux-ci aux fins d'analyse en laboratoire. Dans le cadre d'un processus appelé « dépistage systématique », le dépistage porte parfois sur tous les patients admis ou sur tous les patients qui répondent à certains critères.

Le CCPMI a fait des recommandations en rapport avec le dépistage :

- évaluer tous les patients afin de déterminer s'ils présentent des symptômes de MRF;
- procéder au dépistage actif du SARM ou de l'ERV chez tous les patients admis en leur posant une série de questions bien précises;
- procéder à des vérifications périodiques afin d'évaluer les pratiques de dépistage dans le cadre d'un programme continu de gestion et d'amélioration de la qualité³³.

SARM et ERV

Les trois hôpitaux identifiaient les patients à risque élevé de SARM et d'ERV conformément aux critères du CCPMI. Chacun questionnait les patients dans la salle d'urgence ou le service des admissions ou dans les deux. Des échantillons

devaient être prélevés dans les 24 heures suivant l'identification d'un patient à risque élevé.

Il existe peu de directives officielles sur les circonstances dans lesquelles le dépistage systématique est de mise. Cependant, un des hôpitaux avait pour politique de procéder à des tests par échantillonnage systématique dans certains services. L'hôpital a indiqué qu'il y avait peu de patients porteurs de SARM ou d'ERV dans les services qu'il n'avait pas soumis à des tests par échantillonnage. Ce fait lui indiquait que le dépistage systématique n'offrait pas un bon rapport coût-efficacité. Un autre hôpital avait envisagé l'échantillonnage systématique chez tous les patients, mais avait rejeté cette option. Les raisons invoquées étaient le coût, l'absence d'une recommandation précise du CCPMI et le manque de chambres à un lit pour l'isolement des patients à risque élevé.

Dans le troisième hôpital, le fait de soumettre uniquement les patients à risque élevé à un dépistage n'avait pas permis d'identifier les personnes qui avaient contracté le SARM ou l'ERV hors milieu hospitalier. Cet hôpital était d'avis que le fait de ne pas soumettre tous les patients au dépistage pourrait avoir joué un rôle important dans la transmission du SARM et de l'ERV. Il y avait de 18 à 20 éclosions chaque année dans cet hôpital. Entre avril et août 2007, il a mis en œuvre une politique de prélèvement d'échantillons chez tous les patients dans quatre services.

En janvier 2008, un hôpital a entrepris de mettre à l'essai pendant un an le dépistage systématique chez tous les patients admis. Les trois hôpitaux procédaient à des vérifications périodiques du dépistage du SARM et de l'ERV et ont constaté des taux de conformité différents³⁴.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux vérifient systématiquement si leurs processus de dépistage sont conformes aux recommandations du CCPMI. Le Ministère, de concert avec le CCPMI, doit évaluer les résultats des projets de dépistage systématique en cours et recommander des pratiques fondées sur ces résultats³⁵.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux s'y conformait déjà. Un autre s'occupait de la mettre en œuvre et le troisième fournissait à chacun de ses services des données hebdomadaires sur son taux de conformité au dépistage du SARM et de l'ERV au moment de l'admission. De plus, cet hôpital a souligné la nécessité de mettre en place des systèmes électroniques pour déterminer avec exactitude si les patients porteurs de MRF, de SARM et d'ERV sont soumis au dépistage en temps opportun.

Le Ministère et le CCPMI favorisent la surveillance systématique des processus de dépistage. Un programme de dépistage visant à identifier les patients qui risquent d'être infectés par des MRA s'était révélé utile pour réduire le nombre de MRA dans les hôpitaux et était recommandé dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI. Le CCPMI avait indiqué qu'il y avait peu de

preuves appuyant le dépistage systématique des MRA et qu'il n'avait pas inclus cette approche dans son document sur les pratiques exemplaires³⁶.

Des consultations sur la pratique du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF étaient en cours; elles prendront en compte les preuves scientifiques ainsi que les enseignements tirés des autres initiatives du gouvernement³⁷.

Audiences du Comité

Dépistage systématique

Le vérificateur a mentionné que l'un des hôpitaux vérifiés avait commencé à titre d'essai, en janvier 2008, à procéder au dépistage systématique du SARM chez tous les patients admis. Le Comité a appris qu'il s'agissait de L'Hôpital d'Ottawa.

En 2001-2002, l'équipe de l'Hôpital chargée de la lutte contre les infections avait assez confiance dans sa capacité de pouvoir identifier les patients provenant de milieux à risque. Au cours des années suivantes, il y a eu des manquements au chapitre de l'identification des patients à risque ainsi que des défaillances du côté du dépistage. La haute direction a décidé d'investir plus de 1 million de dollars dans le dépistage systématique du SARM, tout en convenant qu'un investissement de cette importance requerrait une évaluation du dépistage systématique par rapport au dépistage spécifique. Un cadre de surveillance de l'évaluation a été élaboré et fera l'objet de discussions en janvier 2009³⁸.

Dépistage à la sortie de l'hôpital

Quand le Comité a abordé la question du dépistage à la sortie de l'hôpital, les témoins ont reconnu que c'était effectivement une option, mais moins souvent utilisée que le dépistage à l'admission. Le dépistage à la sortie représente un coût additionnel et alourdit la charge de travail; toutefois, on y a eu recours dans les services éprouvant des problèmes de transmission et d'éclosion d'infections nosocomiales³⁹.

La majorité des patients qui contractent le SARM ou l'ERV n'ont pas de symptômes au moment de leur sortie de l'hôpital. Un hôpital a indiqué qu'il remet à tous les patients qui ont reçu des antibiotiques et qui sortent de l'hôpital un feuillet d'information sur le *C. difficile* qui décrit les symptômes pour lesquels ils devraient consulter leur médecin⁴⁰.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport sur les résultats de ses consultations sur l'utilisation et le coût du dépistage systématique du SARM, de l'ERV et des MRF, ainsi que sur la pertinence de recommander des pratiques spécifiques en matière de dépistage.**

Depuis la tenue des audiences, le Comité a appris que L'Hôpital d'Ottawa avait l'intention de communiquer aux autres hôpitaux de la province les résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM. Le Comité permanent des comptes publics salue cette décision et recommande ce qui suit :

3. **L'Hôpital d'Ottawa transmet au Comité un résumé par écrit des résultats de sa mise à l'essai du dépistage systématique du SARM dans les 60 jours suivant la fin de son évaluation, notamment l'impact sur les taux d'infections nosocomiales et le rapport coût-efficacité.**

4.4 Pratiques de base et précautions spécifiques à certaines infections

Certaines « pratiques de base » peuvent aider à prévenir et à contrôler la transmission des micro-organismes qui causent les maladies infectieuses. Selon le CCPMI, seule l'observation systématique de ces pratiques peut prévenir la propagation des maladies infectieuses. Des précautions additionnelles sont également nécessaires pour prévenir et contrôler certaines maladies infectieuses comme le SARM, l'ERV et le *C. difficile*. D'après Santé Canada, des précautions additionnelles doivent être prises dès qu'on découvre ou soupçonne qu'un patient a contracté une maladie infectieuse.

Le CCPMI a fait des recommandations à propos des pratiques et des précautions dans différents domaines, notamment l'hygiène des mains, l'utilisation de chambres à un lit et le nettoyage des chambres des patients⁴¹.

Hygiène des mains

Le lavage des mains constitue l'activité la plus importante pour prévenir la propagation des maladies infectieuses. Selon le CCPMI, tout le personnel hospitalier doit se laver les mains avec un désinfectant à base d'alcool ou avec de l'eau et du savon avant et après le contact avec chaque patient. Selon ses directives également, tous les établissements de soins de santé doivent concevoir et mettre en œuvre un programme d'hygiène des mains qui englobe la surveillance et l'observation continues. Le personnel doit se laver les mains même lorsqu'il porte des gants, car les mains peuvent devenir contaminées lorsque les gants sont déchirés ou qu'ils n'ont pas été enlevés correctement.

Des études ont révélé que la conformité des travailleurs de la santé aux pratiques d'hygiène des mains laissait à désirer. Par exemple, une étude réalisée en mars 2006 sur la conformité dans sept hôpitaux de l'Ontario faisait état d'un taux de conformité de 32 % aux bonnes pratiques d'hygiène. La conformité était plus élevée quand le personnel prenait des précautions spécifiques à certaines infections ou qu'il exécutait des activités requérant le port de gants et d'une blouse d'hôpital. Au début du projet pilote relatif au Programme d'amélioration de l'hygiène des mains, le taux de conformité variait entre 24 % et 62 %; à la fin du projet, il se situait entre 40 % et 75 %. La conformité variait aussi selon le type de travailleur. Le taux de conformité des médecins était passé de 18 % à 28 % et celui du personnel infirmier, de 44 % à 60 %. Les trois hôpitaux visités avaient

tous effectué des vérifications de l'hygiène des mains; l'un deux avait participé au projet pilote relatif au Programme d'amélioration de l'hygiène des mains. Les taux de conformité n'étaient pas comparables parce que différentes méthodes étaient utilisées pour mesurer la conformité⁴².

Utilisation des chambres à un lit

Une des précautions spécifiques à certaines infections recommandée par le CCPMI consiste à isoler les patients contagieux dans des chambres à un lit. Dans ses lignes directrices de 2006 sur la conception et la construction des établissements de soins de santé (*Guidelines for Design and Construction of Health Care Facilities*), l'American Institute of Architects recommande que toutes les chambres des services de chirurgie, de médecine générale et de soins post-partum soient des chambres à un lit. Dans les hôpitaux visités, entre 25 % et 36 % des lits se trouvaient dans des chambres à un lit. Un hôpital a affirmé que le manque de chambres à un lit et les taux d'occupation élevés entravaient sa capacité à prévenir la propagation des organismes infectieux. Ils peuvent en outre se répercuter sur le service des urgences où les patients contagieux attendent souvent qu'une chambre à un lit se libère.

Le CCPMI recommande de regrouper les patients qui ont des maladies infectieuses semblables quand il n'y a pas de chambres libres à un lit. C'est ce que faisaient d'ailleurs deux des hôpitaux, mais ni l'un ni l'autre ne surveillait le nombre de fois où ils étaient contraints de le faire. Aucun des trois ne consignait le nombre de cas dans lesquels un patient contagieux devait partager une chambre avec un patient non atteint d'une maladie semblable. L'un d'entre eux isolait les patients contagieux dans des chambres à deux lits en fermant le deuxième lit.

Le CCPMI ne donne pas de directives quant au moment où il faut placer un patient ayant une maladie infectieuse dans une chambre à un lit. La directive de Santé Canada laisse elle aussi les détails de la mise en œuvre à la discrétion des hôpitaux. Les trois hôpitaux avaient comme politique d'isoler les patients porteurs de *C. difficile* dès que ceux-ci en présentaient des symptômes. Les politiques relatives à l'isolement des patients pour d'autres maladies infectieuses variaient⁴³.

Nettoyage des chambres des patients

Le CCPMI prévoit des exigences spéciales pour le nettoyage des chambres des patients porteurs d'ERV et de *C. difficile*. Les méthodes habituelles de nettoyage et de désinfection qui sont adéquates pour le SARM ne le sont pas nécessairement pour éliminer l'ERV et le *C. difficile*. Santé Canada recommande de nettoyer les chambres conformément à un calendrier préétabli qui assigne des tâches précises au personnel. Il est également recommandé aux hôpitaux de procéder à des vérifications périodiques des protocoles de nettoyage.

Les trois hôpitaux assignaient des tâches de nettoyage régulières à certains membres du personnel. Des pancartes à la porte des chambres indiquaient qu'il fallait prendre des précautions additionnelles au moment d'entrer dans les chambres des patients porteurs de maladies infectieuses. Dans le cas où il y avait

partage de la chambre, la pancarte était placée sur le rideau entourant le lit du patient.

Deux hôpitaux donnaient des consignes dans leurs politiques sur la façon de nettoyer les chambres nécessitant la prise de précautions avant d'y entrer. Le troisième utilisait des listes de contrôle pour le nettoyage de ces chambres. Le personnel de la vérification a examiné un échantillon de listes de contrôle afin de déterminer si le personnel respectait les procédures. L'un des établissements de l'hôpital ne conservait pas les listes de contrôle, tandis que l'autre n'avait pu produire que quatre de ces listes, dont une avait été laissée en blanc.

Deux hôpitaux nettoyaient deux fois par jour les chambres des patients porteurs de *C. difficile*. Toutefois, il était impossible de déterminer si le nettoyage avait réellement été effectué, car ni l'un ni l'autre ne consignaient les heures de nettoyage des chambres. Le troisième a affirmé que les chambres des patients porteurs de *C. difficile* étaient nettoyées une fois par jour parce qu'il avait choisi de concentrer les efforts de nettoyage sur les chambres à plus d'un lit.

Les trois hôpitaux avaient un processus pour vérifier visuellement les chambres des patients et d'autres surfaces. L'un d'entre eux inspectait visuellement certaines chambres après le départ des patients. Il avait toutefois été incapable de produire les résultats de son examen pour 2007. Les deux autres faisaient des inspections visuelles périodiques et avaient constaté que les chambres et autres surfaces étaient nettoyées de façon appropriée.

Le personnel de la vérification a fait remarquer que d'autres administrations faisaient appel à des évaluateurs indépendants pour juger visuellement de la propreté des chambres d'hôpital⁴⁴.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux vérifient si les pratiques exemplaires en matière de prévention et les précautions spécifiques à certaines infections sont conformes aux recommandations du CCPMI. Le ministère, ainsi que les hôpitaux et les RLIS, devrait examiner la possibilité d'inclure les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains par type de personnel des soins de santé dans le cadre de ses exigences en matière de divulgation publique. Comme de nombreux hôpitaux n'ont pas suffisamment de chambres à un lit, le Ministère devrait également élaborer et mettre en œuvre, de concert avec les hôpitaux, des directives enjoignant ceux-ci d'isoler systématiquement les patients qui ont contracté ou qui courent un risque élevé de contracter des maladies infectieuses⁴⁵.

Réponse au rapport de vérification et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux avait pris des mesures pour y donner suite. Un autre a fait remarquer que des ressources additionnelles étaient nécessaires pour mettre en œuvre les pratiques exemplaires du CCPMI. Le troisième estimait qu'il fallait élaborer des normes provinciales sur les ressources requises pour l'entretien ménager. L'élaboration et l'approbation par le Ministère de lignes directrices sur les pratiques exemplaires du CCPMI en matière de normes pour le milieu hospitalier

devraient constituer une priorité. Il faut évaluer de nouvelles technologies de surveillance de la propreté, car l'inspection visuelle de l'environnement du patient ne permet pas de détecter la contamination microbienne. Le matériel pédagogique de base devrait aussi s'adresser au personnel de soutien et aux médecins.

Un hôpital était d'avis que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains devraient mentionner le type de travailleur et les circonstances pertinentes. Les RLIS appuyaient la surveillance des mesures de rendement pour la conformité par type de personnel. Ils reconnaissaient la nécessité d'élaborer des lignes directrices en matière d'isolement et recommandaient d'y inclure les établissements de soins de longue durée.

Le Ministère avait investi dans des programmes pertinents. Plusieurs documents du CCPMI contenaient des listes de vérification. Le Ministère examinera la possibilité de déclarer les taux de conformité par type de personnel des soins de santé.

Les lignes directrices du CCPMI concernant l'utilisation des chambres à un lit tiennent compte des besoins des patients et des ressources existantes. Le personnel hospitalier, travaillant de concert avec le PPI, doit faire preuve de jugement clinique dans la prise de ces décisions. Le Ministère appuyait l'utilisation par les hôpitaux des lignes directrices actuelles du CCPMI⁴⁶.

Le CCPMI travaillait à l'élaboration d'un document sur les pratiques exemplaires pour le nettoyage de l'environnement; il prévoyait de le diffuser en 2009. Les documents actuels du CCPMI font référence aux pratiques exemplaires pour le nettoyage de l'environnement⁴⁷.

Audiences du Comité

Hygiène des mains

La mise en œuvre du programme « Lavez-vous les mains » prendra 13 mois et devrait être terminée en avril 2009. (Le 30 avril 2009 est la date à laquelle les hôpitaux doivent commencer à rendre compte de la conformité des travailleurs de la santé en matière d'hygiène des mains dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs de sécurité des patients.) Tous les hôpitaux ont assisté aux séances de formation régionales offertes par l'OHA et le Ministère. La semaine précédant les audiences, l'OHA et le Ministère ont lancé la campagne « Protégez des vies en vous lavant les mains » afin de sensibiliser les patients à l'importance d'une bonne hygiène des mains⁴⁸.

Les membres du Comité ont été rassurés sur le fait que les fournisseurs de soins de santé se lavent effectivement les mains. Le défi des administrateurs était de s'assurer que le lavage des mains se faisait au moment approprié (p. ex., avant et après le contact avec chaque patient et avant une procédure aseptique), de la bonne façon et pendant la durée recommandée (c.-à-d. au moins 15 secondes).

L'uniformisation des vérifications et des définitions ainsi que l'information pertinente et l'obligation de rendre compte contribueront à changer les attitudes et les comportements des professionnels de la santé. Des témoins ont mentionné le besoin d'un changement de culture parmi les travailleurs de la santé tout en espérant que les perceptions du public s'en trouveraient également améliorées⁴⁹.

Utilisation des chambres à un lit

Des lignes directrices pour la planification, la conception et la construction des nouveaux hôpitaux ont été élaborées afin d'améliorer leur aptitude à prévenir la propagation de maladies infectieuses. Ces lignes directrices font partie des caractéristiques de fonctionnement génériques qui ont été approuvées récemment⁵⁰.

Le Ministère examine le nombre proposé de chambres à un lit dans les unités de chirurgie et de médecine générale en fonction de chaque projet. Il a remarqué une augmentation générale du pourcentage proposé de chambres à un lit dans les unités de médecine générale, de chirurgie et d'oncologie. Les projets comme l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie, le nouvel hôpital du Système de santé de Niagara à St. Catharines et le Centre de santé Trillium comprenaient des augmentations du pourcentage de chambres à un lit dans les unités de médecine générale et de chirurgie à la suite des discussions tenues avec les hôpitaux⁵¹.

Les membres du Comité ont appris que la moyenne d'âge des bâtiments hospitaliers est de 46 ans. Il faut investir environ 8 milliards de dollars dans la construction d'immobilisations afin de moderniser les hôpitaux selon les nouvelles normes, et cette estimation a été faite avant que le besoin d'un plus grand nombre de chambres à un lit se fasse sentir. Au moment des audiences, des projets d'immobilisations d'une valeur de 5 milliards de dollars étaient en cours.

Les hôpitaux qui n'ont pas de programme d'immobilisations envisagent des solutions opérationnelles comme le regroupement des patients et l'utilisation de chambres à deux lits pour un seul patient. Cette dernière solution exerce des pressions sur le nombre de patients qu'un hôpital peut accueillir normalement. Comme il est difficile de faire davantage en plein milieu d'une épidémie, l'identification, l'isolement et le contrôle représentent les interventions les plus rapides pour ces établissements.

Alors que les témoins reconnaissaient que les chambres à un lit représentaient la solution idéale, ils étaient convaincus qu'il serait possible de libérer une capacité importante si les patients nécessitant un autre niveau de soins (ANS) pouvaient être aiguillés vers des soins plus appropriés. D'après l'OHA, la question de l'ANS est le défi le plus difficile qui se pose présentement au secteur hospitalier. Il représente 20 % de l'ensemble des lits. Environ 37 % des lits dans les unités de médecine générale sont occupés par des personnes qui seraient mieux soignées dans la collectivité. Dans le cas de l'un des hôpitaux vérifiés, la moitié des lits de l'unité de médecine générale étaient occupés par des patients ANS⁵².

La question des patients ANS et de leur incidence sur le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux est examinée dans le rapport que le Comité a déposé en septembre 2008 et qui s'intitule *Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales*. Bien que la question ait alors été abordée dans un contexte différent, les préoccupations soulevées sont très similaires.

Nettoyage des chambres des patients

Le personnel responsable de l'entretien ménager à l'Hôpital général de Windsor et à l'Hôpital général de North York se compose d'employés de l'hôpital. Il en est de même dans l'un des trois établissements de L'Hôpital d'Ottawa; dans les deux autres établissements, il s'agit de personnel contractuel.

Les représentants des hôpitaux ont déclaré au Comité que tout le personnel responsable de l'entretien ménager, tant les employés de l'hôpital que les travailleurs contractuels, devaient respecter les politiques, les procédures ainsi que les méthodes de formation établies. Dans les deux cas, des processus de vérification devaient également être en place⁵³.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- a) doit veiller à ce que tous les hôpitaux effectuent régulièrement des vérifications de l'hygiène des mains se fondant sur des processus et des définitions uniformes pour vérifier notamment si le lavage des mains est effectué au moment approprié (p. ex., avant et après les contacts avec chaque patient) et si le nettoyage des mains est effectué correctement;
- b) dans le cadre de la divulgation publique d'indicateurs sur la sécurité des patients, et de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, élabore un processus visant à garantir que les taux de conformité aux pratiques d'hygiène des mains déclarés par les hôpitaux sont fiables et comparables et déclarés par groupe de professionnels de la santé (p. ex., personnel infirmier et médecins).

- 5. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, élabore des lignes directrices spécifiques sur les pratiques exemplaires en rapport avec les politiques d'isolement relatives aux maladies infectieuses pour les patients à risque élevé.

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée entreprend une analyse coûts-avantages du coût des investissements nécessaires pour que toutes les nouvelles chambres dans les hôpitaux soient des chambres à un lit dotées de leur propre salle de bain, par rapport aux coûts à long terme reliés aux infections nosocomiales.**
7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée informe le Comité de la date à laquelle il prévoit, en 2009, que le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses mettra à la disposition des hôpitaux son document sur les pratiques exemplaires en matière de nettoyage de l'environnement. Le Comité s'attend à ce que ce document comprenne des pratiques exemplaires à la fois pour la prévention et pour le contrôle des infections nosocomiales.**
8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, doit se renseigner sur les nouvelles technologies de surveillance de la propreté du fait surtout qu'une inspection visuelle de la propreté, ne permet pas de détecter la plupart des organismes infectieux.**

4.5 Utilisation des antibiotiques

Selon les recherches, il existe une association entre le recours accru aux antibiotiques et la résistance des infections à certains d'entre eux. Les hôpitaux ont recours aux antibiotiques pour prévenir et traiter les infections. Toutefois, les bactéries infectieuses ont développé une résistance aux antibiotiques, ce qui accroît le risque que les antibiotiques perdent un jour leur efficacité contre certaines infections.

Les personnes qui prennent des antibiotiques courent un risque accru de contracter certaines infections. L'infection à *C. difficile* survient habituellement lorsque l'utilisation d'antibiotiques réduit le niveau normal de bonnes bactéries qui se trouvent dans l'intestin et le côlon. La bactérie *C. difficile* peut ainsi croître et produire des toxines qui rendent le patient malade. La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a révisé les étiquettes de sécurité de certains antibiotiques en 2007. Les étiquettes avertissent maintenant que l'antibiotique en question pose un risque de *C. difficile* et que presque tous les antibiotiques sont associés à un risque accru de *C. difficile*.

Les éclosions de MACD en Ontario ont renforcé la nécessité de faire une utilisation judicieuse des antibiotiques. Dans son enquête sur les 18 décès imputables directement ou indirectement au *C. difficile* et survenus à l'Hôpital de Sault-Sainte-Marie en 2006, le Bureau du coroner en chef a observé que l'utilisation des antibiotiques était probablement l'un des facteurs. Il a recommandé de prescrire des antibiotiques seulement en présence d'indications claires et après un examen minutieux. Dans son rapport d'examen de mars 2007,

le Centre de santé Trillium faisait remarquer qu'une utilisation judicieuse des antibiotiques est essentielle pour réduire les taux de *C. difficile*.

Le CCPMI a recommandé que les hôpitaux mettent en œuvre des politiques et des procédures pour promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques et qu'ils examinent l'utilisation réelle des antibiotiques afin de déterminer si elle est fondée⁵⁴.

Promotion de l'utilisation judicieuse des antibiotiques

Chacun des hôpitaux visités disposait de procédures pour promouvoir l'utilisation judicieuse des antibiotiques. Les trois avaient un formulaire des antibiotiques et une procédure à suivre pour obtenir l'approbation d'un spécialiste des maladies infectieuses avant d'utiliser certains antibiotiques. Les résultats des examens de laboratoire étaient accompagnés d'une liste des antibiotiques les plus efficaces contre l'infection identifiée. Certains antibiotiques ne pouvaient être utilisés que pour des problèmes de santé bien précis. Chaque hôpital déterminait les antibiotiques à utiliser avec circonspection et les restrictions imposées⁵⁵.

Examen de l'utilisation réelle des antibiotiques

Aucun des hôpitaux ne disposait d'un système d'information permettant d'analyser les habitudes de prescription de chaque médecin ou les motifs de l'utilisation de certains médicaments. Un hôpital prévoyait de mettre en œuvre un nouveau système d'information pharmaceutique au cours de l'automne 2008. (Le Comité a été informé qu'il s'agissait de l'Hôpital régional de Windsor. Depuis la tenue des audiences, le Comité a appris que la mise en œuvre du nouveau système, qui facilitera la surveillance de l'utilisation des antibiotiques selon l'Hôpital, avait été reportée en février 2009⁵⁶.)

Un hôpital faisait un examen mensuel de l'utilisation de certains antibiotiques. D'après l'examen qu'a fait le personnel de vérification des procès-verbaux des réunions du comité des antibiotiques, la plupart des antibiotiques étaient utilisés de façon appropriée. Toutefois, l'utilisation de certains d'entre eux n'était pas conforme aux restrictions imposées par l'hôpital, ou le bien-fondé de leur utilisation était douteux.

Un autre hôpital avait commencé à examiner l'utilisation des antibiotiques en avril 2007. Une analyse réalisée en février 2008 a fait ressortir des liens entre l'usage accru des antibiotiques en hiver et l'incidence d'ERV et de *C. difficile*. Quatre antibiotiques semblaient faire l'objet d'une grande utilisation. Au moment de la vérification, l'hôpital prévoyait d'étudier la question plus à fond.

Le troisième hôpital fait un examen trimestriel de certains antibiotiques, mais il ne consigne pas les résultats de ces examens. Le personnel hospitalier a relevé une utilisation excessive de deux antibiotiques à usage restreint vers la fin de 2007. À la suite de discussions entre les spécialistes en maladies infectieuses de l'hôpital, l'utilisation de ces antibiotiques a diminué.

Le Ministère a financé un sondage sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisé par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMPC). Le sondage comprenait des questions sur les antibiotiques à usage restreint, sur les programmes de gestion des antibiotiques des hôpitaux et sur les mesures les plus efficaces pour contrôler l'utilisation des antibiotiques.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux, de concert avec les groupes médicaux concernés, établissent des pratiques favorisant l'identification cohérente des antibiotiques dont il faut restreindre l'utilisation. Ils devraient envisager de mettre en œuvre les pratiques exemplaires recommandées par l'ISMPC pour l'utilisation judicieuse des antibiotiques quand elles seront disponibles. Les hôpitaux devraient aussi envisager de mettre en œuvre des systèmes électroniques de distribution des médicaments pour surveiller l'utilisation des antibiotiques ainsi que les pratiques en matière de prescription. Ils devraient également communiquer les pratiques exemplaires⁵⁷.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient en général à la recommandation. L'un d'entre eux travaillait à l'élaboration d'un programme de gestion des antibiotiques, mais a fait remarquer que les médecins étaient régis par des ordres professionnels et qu'il est ainsi difficile pour les hôpitaux de contrôler parfaitement la prescription des antibiotiques. Un autre avait commencé à intégrer son système d'information pharmaceutique aux autres systèmes de gestion des données et avait élaboré un nouveau formulaire pour les antibiotiques ainsi que de nouvelles lignes directrices.

Le troisième hôpital reconnaissait que des systèmes de suivi électronique étaient nécessaires pour effectuer des analyses comparatives. Il estimait également que le choix du type d'antibiotique, sa dose et sa durée d'utilisation devaient faire l'objet d'un examen pour chaque patient et que cet examen devait être subventionné par le Ministère. Selon lui, il n'existait pas de normes canadiennes permettant de déterminer si les antibiotiques sont utilisés de façon appropriée; de plus, il n'y avait pas de données de référence ou comparateurs pour lui permettre de mesurer le succès de son programme de gestion des antimicrobiens⁵⁸.

L'OAHPP collaborait avec l'ISMPC et une spécialiste des maladies infectieuses, la D^{re} Allison McGeer de l'Hôpital Mount Sinai, à la mise au point de moyens pour mieux intégrer les principes de la gestion des antibiotiques. La D^{re} McGeer et l'ISMPC travailleront avec les hôpitaux à la conception de mesures qui permettraient de préconiser une utilisation optimale des antibiotiques. Suivant les conclusions de l'étude de l'ISMPC, attendues à l'automne 2008, différentes mesures seront mises en place dans des établissements pilotes et feront ensuite l'objet d'une évaluation. Les mesures les plus efficaces seront mises en œuvre.

Le Ministère veillera à ce que les pratiques exemplaires en matière d'utilisation judicieuse des antibiotiques soient mises à la disposition des fournisseurs et il collaborera avec les ordres professionnels⁵⁹.

Audiences du Comité

L'utilisation judicieuse des antibiotiques en milieu hospitalier revêt de l'importance pour différentes raisons. Par exemple, la résistance aux antibiotiques, comme on peut le constater dans le rapport du vérificateur, est un problème permanent. Il y a également des préoccupations d'ordre financier, car la prescription excessive fait augmenter les coûts de fonctionnement des hôpitaux.

La surveillance des pratiques de prescription des médecins est assurée en général par le comité consultatif médical de l'hôpital. Le niveau de gestion du processus varie d'un hôpital à l'autre. Le Comité a appris que les documents sur les pratiques exemplaires prévoient une surveillance à temps plein. Le respect de cette norme, lui a-t-on dit, est difficile, même pour les grands hôpitaux d'enseignement comptant plusieurs médecins spécialistes des maladies infectieuses et microbiologistes. Le Comité a également appris que l'uniformisation de l'utilisation des antibiotiques est relativement facile dans certains secteurs, mais peut prendre plus de temps dans d'autres secteurs.

L'OAHPP et l'ISMPC travaillent à un programme qui vise à venir en aide aux hôpitaux et à gérer les antibiotiques, mais il s'agit d'une stratégie à long terme. À court terme, il existe des lignes directrices relatives aux antibiotiques qui pourraient être communiquées⁶⁰.

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

9. **L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, par l'entremise du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, présente au Comité dans les 60 jours suivant la réception et l'évaluation des conclusions de l'étude sur l'utilisation des antibiotiques dans les hôpitaux, réalisée par l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, un rapport sur les moyens qu'elle compte prendre pour préconiser une utilisation optimale des antibiotiques.**

Le Comité permanent des comptes publics salue l'initiative de l'Hôpital régional de Windsor qui met en œuvre un nouveau système électronique de distribution des médicaments, et recommande ce qui suit :

10. **L'Hôpital régional de Windsor présente au Comité un rapport sur l'impact de son nouveau système électronique de distribution des médicaments du point de vue de la facilitation de la surveillance de l'utilisation des antibiotiques au cours des 12 premiers mois d'exploitation du système, dans les 90 jours suivant le premier anniversaire de l'entrée en fonction du système.**

4.6 Surveillance

Le CCPMI définit la surveillance comme étant la collecte, la compilation et l'analyse systématiques des données, avec diffusion rapide de l'information pour permettre aux gens de prendre les mesures qui s'imposent. Il souligne qu'il existe des preuves concluantes d'un lien entre l'instauration d'un système de surveillance et la réduction des taux d'infection. Un tel système est particulièrement utile pour vérifier l'efficacité des programmes de prévention et de lutte contre les infections. Les trois hôpitaux avaient des PPI.

Le CCPMI a émis et d'autres organismes ont publié des recommandations quant à la surveillance des IOH⁶¹.

Déclaration des résultats

Déclaration aux services de santé publique et à Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Certaines autres administrations exigent que les hôpitaux signalent les IOH. Il est fait mention du Québec, du Manitoba et du Royaume-Uni. La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* exige que les hôpitaux de l'Ontario présentent des rapports sur certaines maladies à leur bureau local de santé publique. Les éclosions de *C. difficile* étaient incluses dans ces exigences de déclaration à compter du 1^{er} septembre 2008. Toutefois, beaucoup d'autres IOH, comme le SARM et l'ERV, n'ont pas à être déclarées.

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2007-2008 exigeait que les hôpitaux participants fassent le nécessaire en vue de présenter les données sur les infections du champ opératoire, les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée à Soins de santé plus sécuritaires maintenant! (SSPSM) avant le 31 mars 2008. Les trois hôpitaux participaient à la Stratégie de réduction des temps d'attente.

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2008-2009 exige de communiquer à SSPSM par l'intermédiaire du Ministère les données sur les infections par cathéter central et la pneumonie sous ventilation assistée; l'entente exige également la collecte d'information sur la réduction des infections du champ opératoire⁶².

Rapports au public

L'entente relative à la Stratégie de réduction des temps d'attente pour 2008-2009 exige que les hôpitaux divulguent publiquement leurs taux d'infection par cathéter central, d'infection du champ opératoire et de pneumonie sous ventilation assistée sur leurs sites Web d'ici avril 2009. Un des hôpitaux visités affichait déjà ses taux d'infections par cathéter central et de pneumonie sous ventilation assistée. Deux d'entre eux affichaient des rapports sur les indicateurs de qualité quatre fois par année.

Certaines administrations divulguent publiquement leurs taux d'IOH. Le personnel de la vérification croit comprendre que les hôpitaux appuient de manière générale la divulgation publique des données sur les « supermicrobes »,

mais la plupart d'entre eux n'ont pas commencé à le faire. Le vérificateur estimait que la divulgation publique de certaines IOH était un pas en avant, mais il était d'avis que le Ministère devra donner des directives afin d'uniformiser la déclaration des données. Il sera alors possible de garantir au public que ces données sont comparables et qu'elles donnent une image fidèle de la situation⁶³.

Le vérificateur a recommandé que le Ministère, de concert avec les RLIS et les hôpitaux, s'assure que les hôpitaux identifient et suivent les IOH et les autres indicateurs de sécurité des patients de manière cohérente et comparable. Il a aussi recommandé d'établir des taux de référence cibles pour les IOH plus courantes et d'envisager d'inclure les données clés sur les résultats pour les patients dans les rapports.

Les hôpitaux doivent également informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire et discuter avec lui des questions connexes liées à la prévention des infections afin de déterminer les modifications à apporter à ses pratiques⁶⁴.

Réponse au rapport du vérificateur et mise à jour du Ministère

Les hôpitaux souscrivaient de manière générale à la recommandation. L'un d'entre eux a indiqué que la surveillance se faisait en grande partie de façon manuelle. Un système électronique permettrait de recueillir rapidement des données exactes. Il était nécessaire d'établir des taux maximums cibles ou d'autres points de référence pour les IOH. Cet hôpital informait ses chirurgiens de leurs taux d'infection du champ opératoire.

Un autre hôpital estimait que les IOH devaient faire l'objet d'un suivi cohérent et que les taux de référence devaient être divulgués. Les activités de surveillance et de déclaration étaient très exigeantes en main-d'œuvre et nécessiteraient des ressources additionnelles sans lesquelles la qualité des données pourrait poser des problèmes.

Le troisième hôpital prévoyait d'adopter les définitions existantes du Ministère et du CCPMI pour les IOH. En août 2008, il avait élaboré un formulaire standard pour le suivi des infections du champ opératoire à l'échelle de son RLIS. Il s'attendait de commencer à informer chaque chirurgien de ses taux d'infection du champ opératoire à l'automne 2008.

Les RLIS appuyaient la présentation publique des renseignements clés sur la santé, dont les données sur les IOH, ainsi que les mesures du rendement et les résultats pour les patients.

En préparation pour la déclaration des données sur les MACD, le Ministère, avec l'aide d'experts en prévention des infections, avait élaboré des définitions et des mécanismes de collecte standards. Ceci permettra d'uniformiser l'établissement des rapports et des tendances à l'échelle de la province et, en fin de compte, de produire des données de référence qui pourront être utilisées pour faire des comparaisons⁶⁵.

L'information sur les autres indicateurs de sécurité des patients est en cours d'élaboration. Le D^r Michael Baker a demandé à l'OAHP de mener une étude visant à analyser et calculer les résultats pour les patients (y compris la morbidité). L'OAHP lui présentera le rapport d'étude et ses constatations et celui-ci fera des recommandations au gouvernement⁶⁶.

Audiences du Comité

Rapports au public

Les hôpitaux ne sont pas tenus d'informer le public au sujet des IOH, au delà des huit indicateurs sur la sécurité des patients (dont sept ont trait aux IOH) qui font et feront l'objet de rapports⁶⁷. Il y a une définition et une méthode de collecte des données propres à chaque indicateur. Le CCPMI s'est associé à l'OHA et aux RRLI pour renseigner les hôpitaux sur les indicateurs afin d'avoir l'assurance qu'ils comprennent les définitions ainsi que la façon de recueillir et de présenter les données. Le Ministère veut s'assurer de pouvoir faire des déclarations comparatives au sujet des hôpitaux et que ceux-ci peuvent évaluer leur propre rendement par rapport à celui de leurs pairs, ce qu'ils n'ont pu faire jusqu'à maintenant⁶⁸.

Le Comité a interrogé les témoins sur la divulgation des éclosions d'IOH. Le terme « éclosion » porte à confusion lui a-t-on dit, car il s'agit d'un calcul mathématique. Son utilisation indique le besoin d'une plus grande sensibilisation, mais il ne signifie aucunement que tout le monde est à risque.

Le système de santé publique de l'Ontario gère plus de 2 600 éclosions par année. La décision de faire part d'une éclosion au public requiert du jugement et repose sur une évaluation de critères tels que la population touchée, les moyens de contrôle de l'éclosion et le niveau de risque.

Selon l'OHA, les hôpitaux déclarent les éclosions de différentes façons, par exemple sur leurs sites Web, dans leurs messages téléphoniques et au moyen d'écriteaux. L'un des trois hôpitaux vérifiés n'avait pas connu d'éclosion, mais communiquait avec les patients ayant contracté une IOH et leurs familles ainsi qu'avec le personnel hospitalier concerné. Un autre hôpital communiquait avec les patients ayant contracté une IOH et leurs familles au moyen de lettres et d'écriteaux et avait connu des éclosions non reliées à *C. difficile*.

Les représentants du troisième hôpital, L'Hôpital d'Ottawa, ont dit au Comité qu'ils avaient déclaré publiquement une éclosion de SARM dans leur service de néonatalité en décembre 2007. Dans ce cas, on avait demandé aux visiteurs de se tenir à l'écart. L'hôpital disposait également d'un mécanisme qu'il avait alors utilisé pour aviser les femmes enceintes de ce problème et les aiguiller ailleurs dans la mesure du possible. Selon les représentants de l'hôpital, il n'y avait aucune règle dictant qui il fallait aviser et de quelle façon. Ils ont également fait référence à l'avis qui est communiqué au sein de la collectivité des professionnels en prévention des infections.

Les témoins ont parlé de la nécessité d'une divulgation intégrale afin d'éviter que le public reçoive de l'information pouvant porter à confusion⁶⁹.

Déclaration des données sur les résultats pour les patients

La mise à jour provisoire du Ministère (à la page 27 du présent rapport) indiquait que la divulgation publique des IOH sera élargie aux résultats pour les patients. Les membres du Comité ont demandé au personnel à quel moment se ferait cet élargissement. Le personnel a répondu que les résultats pour les patients sont, de manière générale, une question de définition. Avant de pouvoir déclarer publiquement ces résultats, il faudra obtenir des définitions précises de façon que les données soient comparables.

L'OAHP a parlé à des collègues au Québec et dans d'autres administrations qui ont éprouvé des difficultés sur le plan de la « reproductibilité » de la détermination des causes de décès; *C. difficile* en est un bon exemple. Des protocoles sont en cours d'élaboration, mais il n'y a rien de prévu avant presque un an en ce qui a trait à la divulgation⁷⁰.

Dossiers électroniques

L'utilisation de dossiers électroniques faciliterait le suivi et la surveillance des patients. Les témoins estimaient que tout ce qui pourrait accélérer la circulation de l'information permettrait d'intervenir plus rapidement. Il a été question de Panorama, un nouveau système de surveillance de la santé publique⁷¹. L'Ontario prévoit de mettre en œuvre ce système pancanadien en 2011⁷².

Recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

- 11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, présente au Comité un rapport sur l'établissement de taux cibles pour les infections d'origine hospitalière qui serviraient de points de référence pour tous les hôpitaux.**
- 12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée collabore avec le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses à l'élaboration de pratiques exemplaires pour la divulgation publique des éclosions d'infections d'origine hospitalière (p. ex., le moment choisi pour les annonces ainsi que l'utilisation de sites Web, de messages téléphoniques et d'écriteaux) afin d'assurer l'uniformisation dans l'ensemble de la province.**

NOTES

¹ Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* (Toronto : Le Bureau, septembre 2008), p. 10. Page Web http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/ha_i_fr.pdf, consultée le 24 novembre 2008.

² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Figure 1, p. 6.

³ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), *Prévention des maladies respiratoires fébriles*, rév. août 2006 (Toronto : CCPMI, réimprimé en mars 2008), p. v. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_f.pdf, consultée le 1^{er} décembre 2008.

⁴ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales*, Figure 1, p. 7, note 2.

⁵ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) : Fiche de renseignements pour les patients et les visiteurs ». Page Web http://www.health.gov.on.ca/patient_safety/pro/mrsa/pro_resource/mrsa_fs_patients_fr.pdf, consultée le 11 mars 2009.

⁶ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) », dernière mise à jour : 30 décembre 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/securitedespatients/public/vre/vre_pub.html, consultée le 9 février 2009.

⁷ Voir figures 1 et 2 dans Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 6-7.

⁸ Ibid., p. 5-9.

⁹ Ibid., p. 8-10.

¹⁰ Ibid., p. 11-13.

¹¹ Ibid., p. 15.

¹² Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39^e législature, 1^{re} session (29 octobre 2008) : P-194. Page Web http://www.ontla.on.ca/committee-proceedings/transcripts/files_pdf/29-OCT-2008_P012.pdf, consultée le 12 novembre 2008.

¹³ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 1.

¹⁴ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.

¹⁵ Ibid., p. P-204 – P-205.

¹⁶ Ibid., p. P-195.

¹⁷ Ibid., p. P-213.

¹⁸ Ibid., p. P-204 – P-205.

¹⁹ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, *Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario* (Toronto : Le Comité, septembre 2008), p. 16. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_f.pdf, consultée le 24 novembre 2008.

²⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-207 – P-208.

²¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.

²² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 49.

²³ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.

²⁴ Ibid.

²⁵ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194.

²⁶ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-194 – P-195.

²⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.

²⁸ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 16 et Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195.

²⁹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-193 – P-195.

- ³⁰ Ibid., p. P-197.
- ³¹ Ibid., p. P-198.
- ³² Ibid., p. P-196 et p. P-213 – P-214.
- ³³ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 17-18.
- ³⁴ Ibid., p. 19-20.
- ³⁵ Ibid., p. 21.
- ³⁶ Ibid., p. 21.
- ³⁷ Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table in Response to the Report of the Auditor General of Ontario: Prevention and Control of Hospital-Acquired Infections », octobre 2008.
- ³⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-207.
- ³⁹ Une infection nosocomiale est une infection d'origine hospitalière, c'est-à-dire une infection contractée dans un établissement de soins de santé.
- ⁴⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-203 – P-204.
- ⁴¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 21-23.
- ⁴² Ibid., p. 21-24.
- ⁴³ Ibid., p. 25-26. La confirmation du SARM par un laboratoire peut prendre jusqu'à 72 heures et celle de l'ERV, jusqu'à 96 heures.
- ⁴⁴ Ibid., p. 22-23 et 26-27.
- ⁴⁵ Ibid., p. 27.
- ⁴⁶ Ibid., p. 27-29.
- ⁴⁷ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table ».
- ⁴⁸ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-197.
- ⁴⁹ Ibid., p. P-203, P-211 et P-212.
- ⁵⁰ Un Document d'information publié par le Ministère en septembre 2008 annonçait les CFG. Voir ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Conception des hôpitaux et lutte contre les infections », Document d'information, 26 septembre 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_08/sep/gos_infection_pr_evention_fs_fr_01_20080925.pdf, consultée le 26 novembre 2008.
- ⁵¹ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-195 et Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 29.
- ⁵² Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-211 – P-212.
- ⁵³ Ibid., p. P-198 – P-199.
- ⁵⁴ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 29-30.
- ⁵⁵ Ibid., p. 30-31.
- ⁵⁶ Courriel envoyé le 9 mars 2009 à la recherchiste par le vice-président, Services des soins actifs, Hôpital régional de Windsor, Windsor.
- ⁵⁷ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 31-32.
- ⁵⁸ Ibid., p. 32-33.
- ⁵⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table », et Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 32-33.
- ⁶⁰ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-209 – P-210.
- ⁶¹ Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 33.
- ⁶² Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial*, p. 38-39.
- ⁶³ Ibid., p. 39-40.
- ⁶⁴ Ibid., p. 40.
- ⁶⁵ Ibid., p. 40-41.
- ⁶⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Summary Status Table ».
- ⁶⁷ Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-205.
- ⁶⁸ Ibid., p. P-212 et P-202.
- ⁶⁹ Ibid., p. P-205 – P-207.
- ⁷⁰ Ibid., p. P-212.
- ⁷¹ Ibid., p. P-211.
- ⁷² Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Building Infrastructure for Health System Preparedness », *Fact Sheet*, 4 mars 2008. Page Web http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_08/mar/materials_20080304/infrastructure_health_prep_fs_20080304.pdf, consultée le 20 novembre 2008.

ANNEXE A

Liste des témoins

Liste des témoins

Organisation	Représentant(s)
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Ron Sapsford, sous-ministre D ^r David Williams, médecin hygiéniste en chef par intérim
Association des hôpitaux de l'Ontario	Tom Closson, président et chef de la direction
Hôpital général de North York	Bonnie Adamson, présidente et chef de la direction D ^r Kevin Katz, directeur médical, Prévention et lutte contre les infections
L'Hôpital d'Ottawa	D ^r Jack Kitts, président et chef de la direction D ^{re} Kathryn Suh, directrice par intérim, Programme de prévention et de lutte contre les infections
Hôpital régional de Windsor	Karen McCullough, vice-présidente, Soins actifs et chef de direction, Soins infirmiers
Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé	D ^r Michael Gardam, directeur, Prévention et contrôle des maladies infectieuses
Comité consultatif provincial des maladies infectieuses	D ^{re} Mary Vearncombe, présidente, Sous-comité de la prévention et de la lutte contre les infections
Réseau local d'intégration des services de santé du Centre	Hy Eliasoph, chef de la direction
Réseau local d'intégration des services de santé d'Érie St-Clair	Gary Switzer, chef de la direction

ANNEXE B

Caractéristiques de quatre infections nosocomiales

Caractéristiques de quatre infections nosocomiales

CLOSTRIDIUM DIFFICILE (<i>C. difficile</i>)	
Infection initiale	Le patient prend généralement des antibiotiques qui réduisent les taux normaux de bonnes bactéries dans l'intestin et le côlon, ce qui permet à <i>C. difficile</i> de croître et de produire des toxines.
Effets possibles	Diarrhée; maladies intestinales plus graves (p. ex., colite) pouvant nécessiter une chirurgie; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement; les cas graves sont traités avec des antibiotiques.
Autres préoccupations	Peut entraîner des éclosons parce que de nombreux patients hospitalisés prennent des antibiotiques; les spores sont difficiles à détruire parce qu'elles résistent à certains produits chimiques; les détergents pour les mains à base d'alcool pourraient ne pas être aussi efficaces que le savon et l'eau.

MALADIE RESPIRATOIRE FÉBRILE (MRF)	
Infection initiale	Le patient inhale des gouttelettes contenant des organismes pathogènes; le patient touche des gouttelettes puis se touche la bouche, le nez ou les yeux; l'immunisation pré-exposition est une importante mesure préventive.
Effets possibles	Fièvre de plus de 38° C; apparition ou aggravation d'une toux; essoufflement; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Gouttelette ou contact.
Traitements possibles	Des antibiotiques, s'il y a lieu.
Autres préoccupations	Les gouttelettes peuvent vivre sur des surfaces pendant des heures, mais sont faciles à tuer avec des désinfectants et une bonne hygiène des mains.

STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTHICILLINE (SARM)	
Infection initiale	Le <i>Staphylococcus aureus</i> (<i>S. aureus</i>) qui vit sur la peau ou le nez ou dans le côlon peut causer une infection et résister à une catégorie courante d'antibiotiques (les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes).
Effets possibles	Des infections cutanées qui peuvent se transformer rapidement en abcès profonds qui nécessitent un drainage chirurgical; infections des os, des articulations, des plaies opératoires, des vaisseaux sanguins, des valvules cardiaques et des poumons; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	Les cas bénins peuvent ne nécessiter aucun traitement; les cas

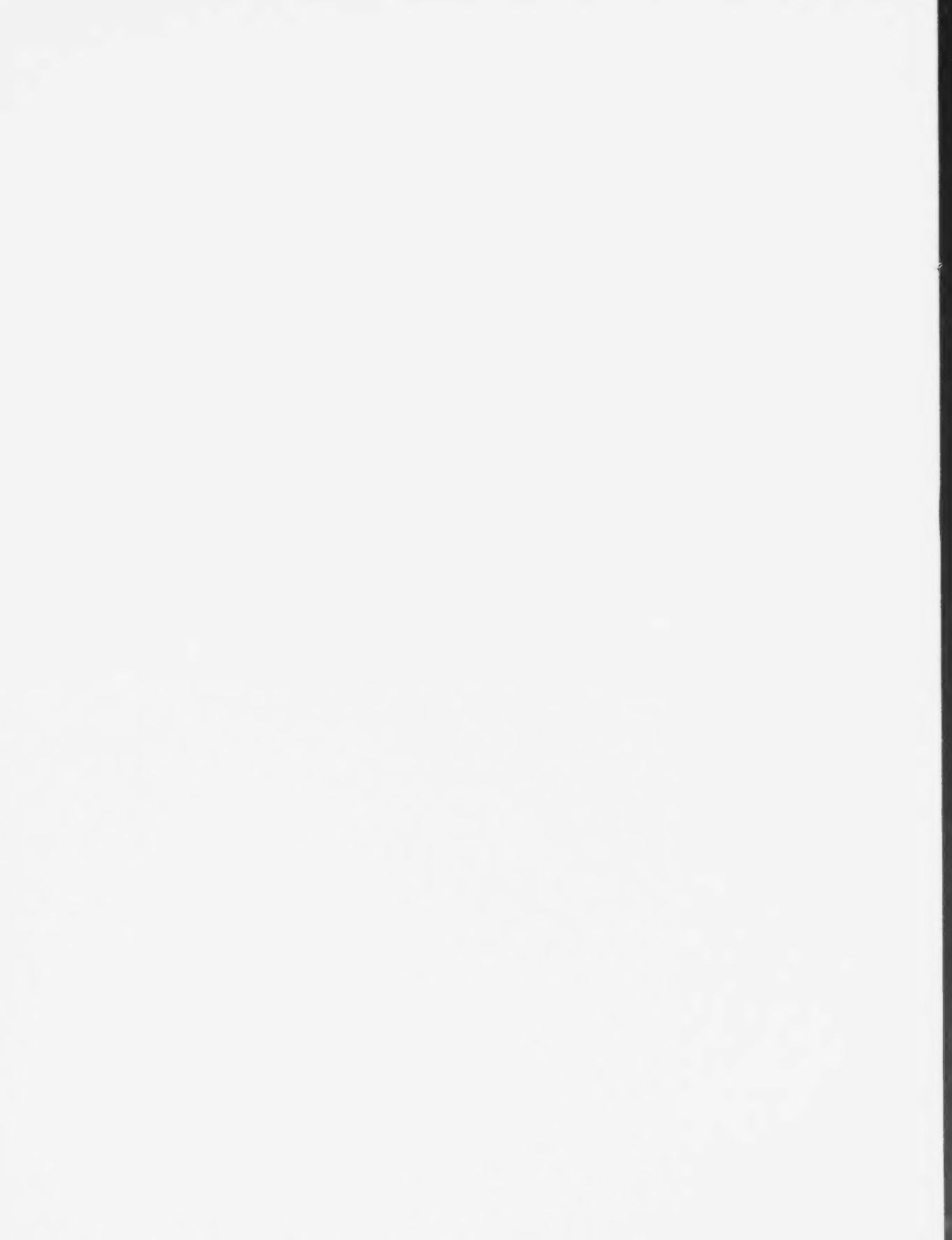
	graves sont traités avec d'autres antibiotiques.
Autres préoccupations	Les infections à SARM ne sont sans doute pas plus graves que les infections à <i>S. aureus</i> , mais il y a moins d'antibiotiques disponibles pour traiter les premières; la bactérie peut vivre sur certaines surfaces pendant des mois.
ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (ERV)	
Infection initiale	Les entérocoques qui vivent dans le côlon et/ou ailleurs (p. ex., urine, sang, peau) peuvent causer une infection et résister à l'antibiotique vancomycine; les gens peuvent être porteurs de la bactérie sans avoir de symptômes.
Effets possibles	Fièvre, enflure, rougeurs et/ou pus; décès dans les cas extrêmes.
Transmission	Contact.
Traitements possibles	D'autres antibiotiques.
Autres préoccupations	Les bactéries peuvent vivre sur certaines surfaces pendant 5 jours ou plusieurs semaines et sur les mains pendant plusieurs heures; les bactéries sont relativement faciles à tuer avec des désinfectants (à condition d'être en contact avec le désinfectant pour une période suffisamment longue) et une bonne hygiène des mains.

Source : Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport spécial : Prévention et contrôle des infections nosocomiales* (Toronto : Le Bureau, septembre 2008), p. 6-7, Figure 1.

ANNEXE C

Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI

Projets du CCPMI et du Ministère sur les compétences de base



Documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI (mai 2009)

Liste des documents sur les pratiques exemplaires du CCPMI, accompagnés de leur date de publication et de leur URL.

Pratiques exemplaires en matière de nettoyage, de désinfection et de stérilisation (mars 2006, révisé en avril 2006)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cds_f.pdf

Prévention des maladies respiratoires fébriles (septembre 2005)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_fri_f.pdf

Pratiques exemplaires relatives à la prévention et à la lutte contre les infections au staphylocoque doré résistant et aux entérocoques (mars 2007)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_staff_f.pdf

Document sur les pratiques exemplaires de gestion du Clostridium difficile dans tous les établissements de soins de santé (décembre 2004, révisé en novembre 2007)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_cdifff_f.pdf

Pratiques exemplaires d'hygiène des mains (mai 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hh_f.pdf

Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations (juin 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_hai.pdf

Pratiques exemplaires pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections en Ontario (septembre 2008)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_ipcp_f.pdf

Sexually Transmitted Infections Case Management and Contact Tracing Best Practice Recommendations (avril 2009)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/diseases/best_prac/bp_sti.pdf

Au moment de la vérification, le CCPMI s'attendait par ailleurs à publier au début de 2009 des documents sur les pratiques exemplaires de nettoyage de l'environnement.

Projets du CCPMI et du Ministère sur les compétences de base

En réponse au *Rapport final du Comité d'experts sur le SRAS et la lutte contre les maladies infectieuses de l'Ontario* rédigé en 2004, le CCPMI et le Ministère ont préparé du matériel didactique afin d'améliorer la formation du personnel de première ligne en matière de prévention des infections. Au printemps 2007, trois modules didactiques ont été élaborés et ensuite affichés sur le site Web du Ministère à l'intention des professionnels de la santé. La liste des modules accompagnés de leur URL figure ci-dessous.

Routine Practices Module (Pratiques courantes de prévention des infections)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/routine_practices/scorm/RoutinePractices.html

Hand Hygiene Module (Hygiène des mains)

<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/handwashing/flash/handhygiene.html>

Chain of Transmission Module (Chaîne de transmission des infections)

http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/infectious/chain_of_trans/scorm/chainTrans.html